**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Auxiliares de enfermagem de uma unidade de agudos de um hospital
especializado em psiquiatria: sua visão sobre a prática profissional e a
clientela atendida**

Fernanda de Sousa Vieira

**Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como
parte das exigências para a obtenção do título de
Mestre em Ciências, Área: Psicologia.**

Ribeirão Preto-SP

2012

Fernanda de Sousa Vieira

Auxiliares de enfermagem de uma unidade de agudos de um hospital especializado em psiquiatria: sua visão sobre a prática profissional e a clientela atendida

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Psicologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Helena Lima Caldana

RIBEIRÃO PRETO

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Vieira, Fernanda de Sousa

Auxiliares de enfermagem de uma unidade de agudos de um hospital especializado em psiquiatria: sua visão sobre a prática profissional e a clientela atendida. Ribeirão Preto, 2012.

142 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientadora: Caldana, Regina Helena Lima.

1. Saúde mental. 2. Profissionais de saúde mental.
3. Auxiliares de enfermagem. 4. Psiquiatria.

Nome: Vieira, Fernanda de Sousa Vieira

Título: Auxiliares de enfermagem de uma unidade de agudos de um hospital especializado em psiquiatria: sua visão sobre a prática profissional e a clientela atendida

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatua: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatua: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatua: _____

Dedicatória

Aos meus pais,
ao Diego.

Aos profissionais que entrevistei.

Agradecimentos

À Prof^aDr^a Regina Helena Lima Caldana, pelos apoios e presenças nas horas certas, contribuindo para meu crescimento como pessoa e como profissional.

À Thaís Tomé Seni Oliveira Pereira e à Cynthia Cassoni, pela companhia, pelos conselhos e pelas conversas tão enriquecedoras para o meu estudo.

RESUMO

VIEIRA, FS. Auxiliares de enfermagem de uma unidade de agudos de um hospital especializado em psiquiatria: sua visão sobre a prática profissional e a clientela atendida 2012. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Na atualidade, entende-se que o campo do conhecimento da saúde mental é amplamente complexo e intersetorial, abrangendo muitos saberes. Muitos estudos sobre os cuidadores do sujeito com transtorno mental no Brasil, que revelam que apesar da mudança do paradigma no tratamento psiquiátrico – ocorrida na segunda metade do século XX – ainda há violações dos direitos dos pacientes internados, além do sentimento, na equipe de atenção, de certo desamparo e falta de conhecimento sobre o lidar com o paciente. Este trabalho teve como objetivo buscar conhecer a visão de auxiliares de enfermagem de um setor de agudos masculino e feminino de um hospital especializado em psiquiatria do interior do estado de São Paulo a respeito de seu trabalho. Mais especificamente, pretende-se conhecer, a partir de sua própria perspectiva, a trajetória e formação profissional dessas pessoas, o contexto institucional e as práticas cotidianas envolvidas em seu trabalho e suas concepções a respeito da clientela atendida. Foram entrevistados através da “história de vida temática” onze auxiliares de enfermagem. Essas entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, e analisadas qualitativamente. A análise permitiu apontar os seguintes temas: suas trajetórias de vida, influências recíprocas entre a vida pessoal e do trabalho, a formação dos profissionais, o perfil do auxiliar, a rotina de trabalho e seus apoios a visão sobre o paciente psiquiátrico, sua família. Os relatos convergiram para a apresentação da maneira como se configura o trabalho do auxiliar de enfermagem, quanto às suas visões e condições para o trabalho cotidiano. Considera-se que é importante promover a criação de espaços de reflexão, discussão e escuta entre os profissionais de saúde mental, dentro dos *setting* de trabalho, integrando principalmente os que lidam diretamente com o paciente, de modo que nesses espaços se possa conversar sobre questões da prática diária específicas, mas também transcender a elas; relacionando essa prática com repercussões da vida pessoal no trabalho, promovendo apoio ao trabalhador.

Palavras-chave: saúde mental; profissionais de saúde mental, auxiliares de enfermagem; psiquiatria

ABSTRACT

VIEIRA, FS. Nursing personnel in na acute unit in a psychiatry specialized hospital: their concepts on practices and clients. 2012. Dissertation (Masters Degree) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

It's well known that the mental health knowledge field is complex and inter sectorial. Many studies about the mental health patient, in Brazil, have revealed that although there was a change in the psychiatric treatment, still there is patients rights violations, and the feeling in the attention group is of certain hopelessness and lack of knowledge in dealing with the patient. This work aims to explore a masculine and feminine acute unit nursing personnel, in a psychiatry specialized hospital in the inner State of São Paulo, from the point of view of their work. More specifically, it's intended to know, from their own perspective their professional pathways and education, the institutional context and their everyday practices concerning work and clients. Eleven nursing professionals were interviewed through “thematic life history” interview. Those interviews were taped and integrally transcript and analyzed qualitatively. The analysis showed their life pathways, influences of their personal lives on work, professional education, work routine, support on psychiatric patients and the patient's family concepts. It's considered that it's important to promote reflection, discussion and hearing spaces among mental health professionals, in the work setting, with those who deal directly with the patient and the whole team so it's possible to discuss on every day practices, transcend to them relating to personal life repercussions, promoting support for work.

Key words: mental health; mental health professional; nursing personnel, psychiatry

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição dos dados de caracterização por participantes.....	56
---	----

LISTA DE SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem

SUMÁRIO

PRÓLOGO	21
1. INTRODUÇÃO	23
1.1. Aspectos Históricos.....	23
1.2. Os Cuidadores.....	33
1.3. Profissionais da Equipe de Enfermagem	37
2. OBJETIVO	49
3. MÉTODO.....	51
3.1. Contexto do Estudo	53
3.2. Participantes	55
3.3. Instrumentos de Coleta de Dados	57
3.4. Procedimento de Análise dos Dados	60
3.5. Cuidados Éticos.....	61
4. RESULTADOS.....	63
4.1. A trajetória até o trabalho no hospital.....	63
4.2. A Formação.....	67
4.3. O contexto institucional de trabalho	71
4.4. A vida pessoal e o trabalho	77
4.5. A reforma psiquiátrica e o serviço oferecido no hospital	85
4.6. O manejo do paciente na rotina do hospital.....	88
4.7. A visão sobre o paciente e sua família	93
4.7.1. A família.....	99
5. DISCUSSÃO	103
5.1. A configuração das práticas de trabalho	106
5.2. A visão sobre os pacientes psiquiátricos atendidos	113
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127
ANEXOS	140
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	140
ANEXO B – Instrumento de Coleta de Dados	141

PRÓLOGO

Ir a um hospital de psiquiatria é sempre uma coisa difícil. Se vale o que vi ao longo do meu contato com hospital especializado em psiquiatria, penso na minha própria experiência como um bom começo de um primeiro relato de como é o contato com os pacientes psiquiátricos, em meio a uma estrutura engessada. Não tive essa experiência, mas ouvi dos próprios entrevistados e de outras pessoas que me disseram que passar décadas no contato com os pacientes, deixa a pessoa que com eles convive “um pouco louco”.

Apesar disso, também percebo que essa loucura não quer dizer insensibilidade á dor do outro. Na verdade, nunca achei isso. Loucura para mim é o contrário: a exacerbação, num nível que atrapalha a vida, da sensibilidade. Trabalhar em meio a tanta loucura, parece também contagiar e ensinar a ter certos graus de sensibilidades mais aguçados do que aqueles de fora dos muros do hospital. Fico pensando em como não se afetar com isso. Não na tentativa de procurar um meio de evitação do contato, mas a tentativa de viver com ele sem que isso o defina.

No contato que tive com a instituição, tive uma sensação contínua de não querer entrar lá pela manhã, principalmente nas manhãs frias de segunda-feira, mas também, todas as vezes que ia embora, ficava pensando em como seria a próxima vez que estaria lá. Às vezes adormecia no ônibus, perdida nos pensamentos, mas voltava sempre. Triste. O medo da loucura sempre em mim foi grande, o medo de ficar lá dentro, trancada, mas também isso me capacitou a estar lá. Mostrou a mim mesma que eu não precisava ter medo de quem estava lá porque era igual a mim, mas de um jeito diferente, embora eu ainda precisasse de um lembrete concreto: a chave da porta de entrada e saída diária, horário para ir e para voltar de lá.

Diante dessas considerações, fica a pergunta do meu mestrado. Na minha experiência de contato com o hospital, eu sempre ia meio sem jeito perguntar para os auxiliares de enfermagem como é que era para eles, cheguei até a ser repreendida por perguntar demais e isso, naquela época, foi muito importante.

Claro que mudei meu jeito de continuar fazendo isso e acabei voltando para colher as respostas que ficaram por lá. Hoje acredito que, com o tempo vou aprendi a acolher as respostas e a perguntar com mais ternura e mas compreensão. Percebo que essa atitude importa tanto aos pacientes como também aos seus

cuidadores e tornar isso conhecimento em saúde mental, para mim me pareceu importante num momento em que se repensa as repercussões da reforma psiquiátrica e de procura novas possibilidades de promoção de saúde mental. A minha contribuição para isso começa por aqui.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Aspectos Históricos

Pessotti (1999) diz que o conceito de loucura pouco se modificou desde a Antiguidade até hoje: a loucura, para esse autor, seria a perda da autonomia psicológica, implicando perda da liberdade e do autogoverno. Assim, historicamente, a questão do estudo da loucura e o contato com o louco se torna ao mesmo tempo interessante e amedrontador. Durante o período da Grécia Antiga, a loucura, segundo Silveira e Braga (2005) e Pessotti (1999) era entendida ambigualmente como uma característica quase divina, portadora de verdade, mas ao mesmo tempo sofrimento e descontrole das paixões, pela tradição Hipocrática; e o louco era visto como um ser diferente dos outros, separado desses outros, mas integrado no cotidiano da sociedade, não sendo entendido como doente.

Gradualmente, esse *status* da loucura muda e na Antiguidade clássica toma direção contrária na Idade Média. O louco se torna cada vez mais o representante daquilo que é perigoso e desumano, possuído, endemoniado (PESSOTTI, 1999). Por não ser adaptado ao meio e passa a ser retirado convívio social em instituições religiosas e comunidades filantrópicas. Há uma cisão cada vez mais profunda entre a experiência mística e a consciência racional do mundo (SILVEIRA & BRAGA, 2005).

Na Renascença, há maior busca de racionalidade e objetividade conceitual. A medicina toma conta desse campo do conhecimento e é cunhado o termo alienação mental (*mentis alienatio*) para falar do processo de enlouquecimento. Paulatinamente, a psicopatologia evolui no sentido de busca científica de algum substrato orgânico da loucura, cabendo ao médico, observar as manifestações e sintomas para determinar as causas da psicopatologia, porém ainda carente de bases fisiológicas para fundamentar seus conhecimentos (PESSOTTI, 1999).

A psiquiatria moderna se configurou inicialmente no período seguinte, no século XIX com o movimento Alienista, em que maiores pressões sociais levavam a restrições dos alienados, em decorrência do processo de urbanização e da consequente necessidade de manutenção da ordem das cidades em crescimento.

Nesse período o tratamento dado aos “doentes” passou por transformações: o hospital deixou de ser sede de abrigo, alimentação e assistência caridosa, para exercer papéis de instituição social e política; se medicalizou com a pretensão de anular os efeitos negativos da loucura e do louco (AMARANTE, 2007; SILVEIRA & BRAGA 2005).

Nesse período o hospital se tornou espaço de exame, tratamento e reprodução do saber médico, desprovendo o louco do saber sobre si mesmo e a doença, isolada, se transformava em uma doença pela intervenção médica, dando lugar ao saber do especialista. A consequência disso foi a caracterização do modelo biomédico ocidental: predominantemente hospitalar, asilar e curativo (AMARANTE, 2007).

Para Pessotti (1996), em um momento em que a racionalidade é que define a identidade do Homem; no hospital psiquiátrico mostra a desrazão a toda força e “põe a nu a labilidade do homem” (p.9). A ideologia vigente era a de que o louco deveria não mais ficar acorrentado, mas submetido a um tratamento asilar (que, no entanto, não significava perda da liberdade, mas restituição da mesma subtraída pela alienação)¹. A terapêutica adotada nesse período era o tratamento moral, posto que a loucura – ou alienação – era entendida, como escreve Amarante (2007), como um distúrbio no âmbito das paixões que impossibilitaria ao indivíduo perceber a realidade, associando-se a essa perda o senso de periculosidade. Assim, era necessário domar essas “paixões” e, dessa maneira, moralizar o indivíduo alienado exercendo função terapêutica que pretendia instaurar organização por meio de regras, condutas, horários, enclausuramento e o trabalho.

Nesse período, o manicômio se transforma de “refúgio ecológico” e educativo, em meio de sujeição do louco a uma terapêutica violenta destinada a agir sobre a lesão cerebral e não mais a “razão desarrazoada”. Essa mudança no olhar sobre a loucura evidencia o pensamento dos médicos da época, buscando explicações científicas orgânicas para os fenômenos observados nos pacientes, desvalorizando a concepção moral/passional da loucura. Dessa maneira, a atitude do médico se caracterizava pelo conflito entre a tentativa de controle do comportamento aberrante e a conduta clínica. Adotava-se, desse modo, a terapêutica disciplinatória, repressiva e violenta como educação moral (PESSOTTI, 1996).

¹Esse pensamento, segundo Amarante (2007), ainda subsiste até a atualidade na prática em saúde mental.

Os grandes representantes dessa época foram Kraepelin, Durkheim e Freud, que, embora pesquisando independentemente, segundo Turato (2003), deram certo enquadre à psiquiatria como uma disciplina da medicina: uma concepção que remete à vertente biopsicossocial².

A concepção biológica, derivada do movimento pineliano, na qual o tratamento mental tinha a finalidade de restaurar o indivíduo acometido a um padrão de normalidade previamente determinado, geralmente associado à redução dos sintomas que o levaram à internação, utilizando-se de métodos diagnósticos e terapêuticos com ações geralmente prescritas pelo médico e executadas pelos outros profissionais da equipe, os quais eram coadjuvantes impossibilitados de apropriarem-se da unidade concepção e execução do tratamento, que fica em poder do profissional médico. Este é o modelo hegemônico nas práticas assistenciais psiquiátricas no Brasil até os dias de hoje, como relata Campos e Barros (2008).

Segundo essas mesmas autoras, outra corrente que influenciou a prática do cuidado em psiquiatria foi a concepção da psiquiatria psicoterápica, que enfatizava a importância de compreender a pessoa enquanto situada nas relações sociais e sujeito de sua história, sob influência da psicanálise freudiana. Ouvir o paciente passou a ser importante, buscando significados para além do discurso manifesto (CAMPOS; BARROS, 2008). Além do fator terapêutico da escuta, outro dessa prática foi produzir conhecimento acerca da doença mental. Assim, o hospital, além de ser um local de isolamento do louco era também local de produção de conhecimento do saber médico psiquiátrico. Modelo esse que se relaciona ao tratamento e produções acadêmicas acerca no campo da saúde mental.

Muitas críticas existiram acerca desse modelo segregacionista e na mesma época também outros modelos assistenciais foram criados, como as comunidades de alienados cujo tratamento era feito por meio da submissão ao trabalho terapêutico, que, na prática, mostraram-se também asilares (AMARANTE, 2007). Um exemplo das críticas feitas a esse modelo apresenta-se Franco Basaglia (2005) quanto ao pensamento do século XIX:

“A doença mental identificada pela intervenção médica no emaranhado da desrazão e da culpa, é transferida da esfera da

²Esse mesmo autor ainda pontua que o estudo da psiquiatria tem movimentos pendulares, pois, cem anos depois, a psiquiatria retoma um modo minucioso de descrever as psicopatologias, francamente classificatório, em que a abordagem epistemológica compreensiva da psicologia profunda e da sociologia interpretativa ficam de fora (Turato, 2003, p. 97-98).

punição para a de um tratamento que continua a ser punição porque a miséria que a constitui, e que determina o caráter essencial da relação que se continua a manter com ela. (...) A doença passa a ser mediadora entre a nova racionalidade do poder e uma miséria que deve ser organizada, subdividida, fracionada em tantos setores quantas forem as respostas técnicas preparadas, a fim de que não se altere o equilíbrio entre penúria e abundância e, sobretudo, sua distribuição". (p.269-270)

Com a eclosão das duas Guerras Mundiais, novamente houve um grande período de mudanças que objetivaram repensar o modelo asilar e requeriam reformas no tratamento da loucura. Amarante (2007) expõe que as reflexões geradas então se tornaram tão grandemente importantes que até hoje têm repercussões. Nesse período, a crítica passou a ser sobre a forma de gestão da instituição manicomial e dessa maneira, a solução seria modificar a instituição. O autor classifica os movimentos sociais de reforma psiquiátrica como a seguir:

Os Movimentos das Comunidades Terapêuticas (*CommunityCare*). Nesse contexto, nascido no Reino Unido, surgiram experiências como as comunidades terapêuticas organizadas pelos funcionários da instituição, usuários e familiares. Esse movimento propunha uma nova relação entre o hospital psiquiátrico e a sociedade – envolver todos os atores no processo terapêutico, ou seja, tornar os pacientes sujeitos nesta troca de experiências – , demonstrando a possibilidade dos doentes mentais virem a ser tratados fora do manicômio (GONDIM, 2001).

Seguindo esses passos, o movimento da Psicoterapia Institucional, introduzido na França, era uma modalidade de tratamento centrada no questionamento da instituição psiquiátrica enquanto lugar de exclusão e de verticalidade das relações médico paciente. O objetivo, para Gondim (2001), era criar meios para restabelecer o coletivo dos pacientes, possibilitando a abertura de novos espaços para trocas e experiências. Outro modelo, semelhante a esse, a Psiquiatria Social, buscava transformar o hospital em espaço terapêutico, transformando as ações em produções que pudessem reabilitar o indivíduo internado para tornar-se produtivo. Faz-se uma crítica a esses dois modelos: apesar de trazerem mudanças no enfoque do manejo com os pacientes, ainda vinculavam à instituição psiquiátrica e ao médico a centralização do tratamento da doença mental.

Num enfoque mais aberto á desinstitucionalização dos pacientes, também na França, surgiu a Psiquiatria de Setor na qual dividiam-se alas e serviços de saúde em regiões, facilitando o intercâmbio de informações entre os serviços de

acompanhamento pela mesma equipe multiprofissional (não mais somente médicos) e mesmo entre os pacientes e familiares (AMARANTE, 2007).

Nessa mesma ideologia, a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, surgida nos Estados Unidos, considerava que o modelo asilar falido deveria ser substituído por serviços assistenciais que modificariam o cuidado terapêutico por meio de espaços fora do âmbito manicomial. O enfoque era o da prevenção de maneira a evitar internações e reinternações. As políticas de intervenção passaram a ter caráter preventivo, procurando-se caracterizar precocemente a propensão de seu desenvolvimento, promovendo a ‘desospitalização’ dos pacientes³ (AMARANTE, 2007).

Na Inglaterra, surgia o movimento da Antipsiquiatria que propunha: todo o modelo científico psiquiátrico deveria ser colocado em xeque, juntamente com as suas instituições. A proposta era uma mudança de paradigma: o discurso sobre o louco seria uma denúncia das tramas opressoras da família e da sociedade e teria origem não no indivíduo, mas nas relações com ele estabelecidas. Amarante (2007) relata que o tratamento, então, não era mais tratamento para cura, mas relacionava-se à ideia de experiência de si e do sintoma como expressão da possibilidade de reorganização interior e a intervenção viria no sentido de auxiliar, compreender, acompanhar e proteger o paciente.

Outro vértice, contemporâneo ao da Antipsiquiatria, era a tentativa italiana de reformulação do modelo psiquiátrico vigente: a Psiquiatria Democrática, uma intervenção que deveria ser multilateral e simultânea, visando à eliminação do manicômio e de todo o saber estigmatizante da loucura, dando um novo lugar social a ela. Franco Basaglia (2005; p 270 a 272) em seu texto “Loucura/Razão” critica o modelo vigente:

“Entender os momentos desse processo, surpreender as passagens dessa mediação constituída pela “doença” e, ao mesmo tempo, o papel que a ciência exerceu na organização separada dos fenômenos, é o ponto crucial para a organização daquilo que será a loucura. (...) Sobre essa ambígua e gradativa fabricação de uma norma que responde às exigências da racionalidade burguesa, a psiquiatria começa a erigir o labirinto das suas classificações (...) já sem preocupar-se com o que é a loucura e o que ela representa. Assim como começa a erigir suas instituições - com as respectivas práticas de punição, de controle, de tortura, agora avalizadas pela

³Para esse mesmo autor, em contrapartida, esse movimento levou a outro efeito: verdadeira caça ao distúrbio, buscando diagnósticos precoces, gerando estigmatização do paciente

ciência - sem considerar o profundo nexo entre a ideologia da norma que a constitui, e que ela tutela com sua prática e sua teoria, e uma organização social estruturada sobre a divisão do trabalho, e das diversas disciplinas a fim de apropriar-se do indivíduo que deve aderir-se àquela norma”.

Na visão de Gondim (2001) sobre a proposta basagliana propôs mudanças no paradigma de compreensão da loucura, assim, faz uma crítica ao manicômio não somente quanto ao aprisionamento que ele causa e sim a uma compreensão do processo de violência e exclusão em que a experiência da loucura se inseria. Tratava-se de analisar historicamente a forma com que a sociedade lidou com o sofrimento mental ao longo do tempo (GONDIM, 2001).

A estratégia foi abrir o espaço manicomial á sociedade, inserindo-o ao cenário de atividades culturais, educativas da cidade, ampliando para todos as possibilidades de convivência e criação. Essa mudança não aconteceu somente no âmbito do espaço físico onde a loucura se inseria, mas também na produção de saber sobre ela, na técnica de abordagem e mesmo no sistema jurídico, dotando o doente mental de plenos direitos sobre si. Outras estratégias alternativas ao modelo vigente foram lançadas no sentido de inclusão social foi a criação de Cooperativas de Trabalho, seja pela construção de Residências Terapêuticas produzindo e participando na sociedade.

No Brasil, os movimentos de reformas vem ocorrendo desde o final século XIX. Gondim (2001) relata que nesse período a psiquiatria tinha como maior representante o médico Juliano Moreira, defensor das colônias agrícolas para alienados nas quais o doente mental deveria ser tratado com auxílio do trabalho, essa ideia foi então disseminada em todo o país. Nessa época, os grandes hospícios construídos foram reformados e ampliados, tornando-se o centro de toda a política de estatização da saúde mental.

Entretanto, foi nos anos da ditadura militar, momento do pós-guerra, em que intensas modificações ocorreram em todo o sistema de assistência à saúde. A política de saúde tomou novos rumos, expandindo a contratação de funcionários e o financiamento de clínicas privadas pela Previdência Social. Essa medida levou, segundo Gondim (2001), a um crescimento desordenado do setor, cristalizando o modelo manicômio dependente, acompanhando o modelo sanitaria. Segundo essa autora, o modelo privatizante foi considerado um dos fatores que provocaram a crise institucional e financeira da Previdência Social no início dos anos de 1980.

Entretanto, Silva e Fonseca (2005) relatam ocorrer na prática a transferência dos pacientes de um estabelecimento a outros sem alterar a qualidade do cuidado com a finalidade de racionalizar o uso de leitos estaduais públicos e gerenciar uma estrutura gigantesca, não administrável. De maneira que o papel da equipe de enfermagem se aproximava da prática carcerária.

Goulart (2006) aponta que a rede de saúde manicomial, nesse período, era caracterizado por um modelo terapêutico precário, apoiado no uso indiscriminado de medicações, isolamento dos doentes em hospitais superlotados, resultando em iatrogenias, cronificações e altos índices de segregação e mortalidade dos pacientes institucionalizados.

Uma conjunção de movimentos sociais culminaram na criação do Sistema Único de Saúde, SUS, em 1986, invocando a universalidade, a integralidade e a igualdade da assistência. Particularmente quanto à saúde mental, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial se construiu a partir de meados dos anos 70, em uma conjuntura política, social e econômica de contestação em escala mundial e vários eventos, congressos, simpósios na área de saúde mental debatiam questões relativas aos hospitais psiquiátricos enquanto única forma de atenção ao portador de transtornos mentais (GRADELLA Jr, 2008).

Para Gondim (2001), o campo da saúde mental encontrava-se aberto para experiências inovadoras, com a participação de usuários e familiares nas políticas de saúde mental por intermédio da organização de entidades que englobavam trabalhadores de saúde mental, bem como o surgimento de novos dispositivos de cuidado para a doença mental.

No decorrer dos anos 1980, várias experiências com modelos substitutivos ao hospital psiquiátrico foram realizadas em São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Ceará, durante o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, que defendia a urgência de mudanças no atendimento a portadores de transtornos mentais foi proposta a criação de serviços como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS), a criação de hospitais dia e ambulatorios com equipes mínimas de Saúde Mental (um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social) nas UBS, unidades de emergência psiquiátrica, leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, enfermarias psiquiátricas em Hospitais Gerais e centros de convivência (AMARANTE, 2007).

Nessa conjuntura, com a I Conferência Nacional de Saúde Mental, houve o desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde e suas deliberações apontaram para a mudança radical do modelo psiquiátrico vigente e o término da construção de hospitais psiquiátricos (GRADELLA Jr, 2008).

Goulart (2006) explica que as reformas feitas, nesse período, nos hospitais públicos se revelaram insuficientes e mesmo inócuas quanto à gravidade do problema no início do movimento, e as equipes de saúde não conseguiram produzir mudança efetiva num cenário em que as práticas de segregação já estavam consolidadas.

Nos anos 1990, houve certa estagnação quanto à implementação de serviços de saúde mental, embora com expressiva movimentação social a favor de mudanças. Somente em 2001, com a aprovação da Lei nº 10.216 (Projeto Paulo Delgado de 1989), iniciou-se um movimento amplo por parte do Estado para a implementação de um modelo de atenção com características antimanicomiais, ainda que calcada em procedimentos técnicos, deixando usuários e familiares como sujeitos à margem do processo de tratamento (GRADELLA Jr, 2008).

O novo panorama gerado após a Reforma Psiquiátrica no Brasil, apesar do ideal motivador de sua criação; num ambiente de renovação política, teve repercussões internacionais, considerada como sendo de grande originalidade, já que possibilitou uma mudança de cultura, nos saberes e nas práticas sobre a saúde mental, levando à criação de um equipamento diferenciado de cuidado, a mudanças na legislação e na participação social (GONDIM, 2001).

Entretanto, essa nova ideologia em saúde mental, atualmente tem encontrado pouco respaldo nas políticas públicas, sendo implantado de maneira parcial nos serviços de saúde (AMARANTE, 2007; GRADELLA JR, 2008). A grande alteração no sistema de saúde mental do movimento antimanicomial, para Goulart (2006), foi a implantação de serviços extra-hospitalares, por se tratar de uma abordagem oferecida como atenção básica, como porta de entrada do usuário no serviço de saúde, com muitas possibilidades para também assistir a saúde mental. Outra estratégia são as práticas humanizadas da assistência a estes usuários que por muito tempo ficaram do lado de fora desta porta, muitas vezes excluídos de cuidados e serviços básicos. Além disso, o tratamento de transtornos de saúde mental mais comuns passaram a ser tratados no contexto de cuidado primário e a

colaboração com serviços de saúde mental se torna necessária (YOUNES e cols., 2005).

Barros (2008) e Andreoli e cols. (2007) afirmam que no início da década de 1990, as internações eram grande parte das despesas do Estado com internações hospitalares, assim, a partir de 1992, o Ministério da Saúde propôs mudanças no perfil das internações, aumentando serviços extra-hospitalares. Nessa época, o perfil das internações era da maior parte dos leitos disponíveis, tempo de permanência elevado e grande número de reinternações dos pacientes. Com a mudança na gestão, houve redução do número de leitos e ampliação de serviços extra-hospitalares de saúde mental.

A partir de 2003, a internação integral passou por um momento de falta de vagas, Barros (2008) refere que o aumento das internações pode estar relacionado a limitações da rede de serviços extra-hospitalares e que a melhoria desses serviços pode determinar melhorias na rede de atendimento psiquiátrico. Andreoli et.al. (2007) consideram que a política pública de distribuição dos leitos não tem tido na prática investimentos que acompanhem essa necessidade de mudança, num sistema que pretende diversificar as modalidades de atendimento aos usuários, bem como acesso a medicações, ficando o setor psiquiátrico extra-hospitalar em defasagem com relação a necessidade da população. Esses dois autores relatam que a reforma psiquiátrica não é uma estratégia pública de redução de custos, ou pelo menos, não deveria ser, isso necessariamente só poderá acontecer se houver aumento de investimentos nesse campo.

Campos e Soares (2003) escrevem sobre a produção de serviços de saúde mental, descrevendo as concepções de serviços de saúde mental de trabalhadores de diferentes serviços de saúde mental: hospitalar, ambulatorial, unidades básicas de saúde e centro de atenção psicossocial (CAPS), que fizeram o curso de especialização em tecnologias em saúde mental. Nos três primeiros modelos, a concepção de saúde-doença é multifatorial e centrada no indivíduo; enquanto nos CAPS, a concepção relacionava-se o usuário à sua “rede social”. Essas autoras consideraram que a produção de serviços de saúde mental enfrenta o desafio de avançar no entendimento de um paradigma diferente sobre a concepção do processo saúde-doença e, consequente redefinição dos processos de trabalho, pautados no âmbito dos determinantes e não somente no dos resultados do processo saúde e doença.

Goulart (2006) também destaca desafios a serem vencidos no processo de mudança na atenção à saúde mental: a necessidade de mobilização e esforços sistemáticos na construção da política de saúde mental – afrontando os ainda dominantes interesses de mercado – de modo que haja reversão de um modelo hospitalocêntrico para estruturas assistenciais que efetivamente respondam às situações de crise, incrementando estratégias de reabilitação e reinserção social e comunitária efetivos. Essa mesma autora aponta a necessidade de criação de meios de avaliação qualitativa dos novos serviços, promoção de integração de ações entre os serviços públicos assistenciais e a formação de profissionais capazes de compreender a extensão do problema da saúde mental e agir 'inventivamente' de modo a responder às necessidades das pessoas atendidas articulando atenção e esforço de emancipação dos envolvidos.

Wetzel e Kantorski (2004), discutem a avaliação de serviços de saúde mental, atrelando-a a proposta de reformulação do modelo assistencial. As autoras avaliam que é fundamental a participação de todos os atores envolvidos no serviço, de maneira a considerar a integralidade dos serviços de atenção em saúde mental, embora na prática, as mudanças ocorridas nesse campo não se dê de maneira espontânea. Elas consideram que a avaliação de serviços de saúde mental devem, além de avaliar mudanças, também possibilitar o processo de construção dinâmico de serviços e atendimentos em saúde mental, negociando com todos os interessados propostas, envolvendo-se nos grupos com o objetivo de buscar questões mais pertinentes dentro do contexto do serviço, com mais significado aos interessados e aumento e aprimoramento da capacidade de ação desses grupos.

Kantorski (2007) complementa que, num contexto de reformulação da atenção psiquiátrica, a insuficiência de serviços substitutivos, enquanto espaços de ensino prático, formas inovadoras precisam ser criadas e introduzidas.

1.2. Os Cuidadores

Ao longo do tempo, acompanhando evolução das ideias acerca do paciente⁴ com transtorno mental, as práticas dos profissionais que lidavam com esses pacientes foi-se alterando, assim como as concepções do cuidador acerca desse contato. Apesar de ainda desenvolver suas ações prioritariamente no modelo hegemônico biomédico, há um movimento de humanização da assistência, tanto dentro, quanto fora dele, no qual a enfermagem vem também desenvolvendo outras práticas e revendo conceitos (CAMPOS e BARROS, 2008). Nesse sentido, essas autoras colocam que este é um momento de revisão do objeto de trabalho, da prática e da finalidade da assistência da enfermagem no campo da psiquiatria.

Com o novo contexto delineado pós-reforma do sistema de assistência em saúde mental, um novo olhar foi colocado nos cuidadores do paciente com transtorno mental (PEREIRA & PEREIRA Jr, 2003; GOODWIN & HAPPELL, 2007). Goodwin e Happell (2007) relatam que a participação dessas pessoas no tratamento de usuários de serviços de saúde mental, mais que uma oportunidade, passou a ser algo esperado.

Paralelamente, a visão sobre os cuidadores informais desses pacientes também tem mudado dentro da sociedade, passando a serem considerados pessoas com direitos, num movimento de inclusão social e institucional e, nesse sentido, passaram a ter visibilidade tornando-se grupo organizado advogando e sendo reconhecidos quanto às causas dos indivíduos com transtornos mentais (GOODWIN & HAPPELL, 2007; PEGORARO & CALDANA, 2006).

Estudos atuais indicam que esses cuidadores também vivenciam sofrimento, ainda que não manifestem transtornos categorizados nos manuais de Psiquiatria, tornando-se deste modo, figuras indispensáveis no planejamento das ações de saúde executadas pelas equipes de saúde mental (PEGORARO & CALDANA, 2008; DIAMANTINO, 2010).

Pegoraro e Caldana (2006) encontraram em seu estudo que os cuidadores eram geralmente familiares, do sexo feminino - notadamente mães, mas que

⁴Neste estudo se faz a escolha de chamar o usuário do serviço de saúde mental como paciente por sua condição de sofrimento, objeto de cuidado e pessoa que, “com paciência” busca ativamente por atenção e cuidado, por meio da formação de sintomas, numa visão psicodinâmica.

também podiam ser irmãs e esposas – que ficavam a cargo de cuidados durante a crise. Esses cuidados variavam desde a higiene pessoal, alimentação, tentativa de prevenção do suicídio e da fuga, bem como os encargos financeiros - muitas vezes auxiliados pelo sistema de assistência social – do paciente do transtorno mental. A responsabilidade pelo cuidado na crise psiquiátrica pareceu, segundo essas autoras, propiciar um ambiente de maior vulnerabilidade social, financeira e emocional.

Outro ponto importante a ser considerado foi a existência de redes de apoio também informais desses cuidadores como maridos, vizinhos, parentes e amigos, pertencentes ao círculo social próximo e existente antes da irrupção das crises do paciente com transtorno mental e que permitem que os cuidadores deleguem a eles funções para que possam dedicar-se ao cuidado com o paciente. Indicando também que os familiares deveriam ser alvo de intervenção da equipe de saúde mental, posto que permitem também o cuidado indireto dos pacientes, não apenas por meio de palestras e assembleias, apontando a necessidade de um trabalho contínuo com essas pessoas (PEGORARO & CALDANA, 2006 e PEREIRA, 2003).

Corroborando com esse panorama, Diamantino (2010) e Gonçalves e Sena (2001) apresentam dados sobre uma repercussão importante da reforma psiquiátrica brasileira é a problemática da responsabilização familiar do cuidado do paciente com transtorno mental no processo de desinstitucionalização. Apesar disso, os serviços substitutivos tomaram um significado importante na vida dos pacientes e de seus cuidadores. Moreno e Alencastre (2004) relatam que hospitais dia funcionam para eles como local de ensino-aprendizagem, ocupação do tempo e recebimento de cuidados; já o atendimento ambulatorial permite ao paciente sua responsabilização sobre o tratamento embora relatem quanto ao atendimento emergencial, a primazia do conhecimento médico sintomatológico em detrimento do conhecimento adquirido pelos familiares como fatores importantes no diagnóstico da crise.

Colvero, Ide e Rolim (2004), Pereira e Pereira Jr. (2003) e Souza, Scatena e Pereira (2001) apontam para a importância dos profissionais de saúde mental considerarem, em suas intervenções, o saber produzido pelos familiares, bem como as dinâmicas relacionais entre serviço de saúde, família e paciente psiquiátrico. Nesse contexto, Hird (2007) destaca que, a despeito do preconizado, envolvimento com os usuários dos serviços de saúde mental são mais retóricos que realistas; na prática o que parece acontecer é que as equipes se envolvem com os pacientes mais no sentido de tomar uma decisão quanto ao tratamento do que pelo benefício

direto do paciente na relação terapêutica e isso aconteceria em detrimento do próprio cuidado sobre a saúde e sobre o uso que é feito pelo usuário do serviço de saúde.

Outra ponta da rede de apoio ao usuário de serviços de saúde mental é a equipe que o acompanha.

Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde têm um relacionamento especial, dentro do processo de trabalho da equipe, o acolhimento e a acessibilidade despontam como instrumental de organização do serviço e como tecnologia de cuidado relacional com os pacientes e estão expostos a situações que lhes permite vivenciar o progresso do paciente, seu potencial e seguimento do tratamento (NOISEUX & RICARD, 2008; PINHO, HERNÁNDEZ E KANTORSKI, 2009). Por isso, segundo Noiseux&Ricard (2008) discutem que o foco não é na doença e seu grande potencial de destrutividade, mas na possibilidade de construção de mudanças do panorama do paciente como um todo e das habilidades individuais deste; dessa maneira, como membros de qualquer área profissional, pesquisadores e especialistas em saúde têm uma responsabilidade especial por suas ações para com os pacientes e é esperado que contribuam para o desenvolvimento de um conhecimento sobre as atividades de cuidado que poderão facilitar a melhora dos pacientes com transtornos mentais.

A literatura internacional tem apontado que os profissionais de saúde têm sido vistos (HIRD, 2007; NOISEUX & RICARD, 2008; SILVA e FONSECA, 2005) como os maiores obstáculos a implantação das novas propostas, especialmente no que se refere às atitudes de enfermeiras, devido a sua formação segundo um modelo assistencialista centrado na figura do técnico de ensino superior como portador de saberes. Entretanto há um esforço contemporâneo de revisão das práticas de assistência no sentido de promover maior integração de ações terapêuticas multiprofissionais.

Segundo a perspectiva retratada por Silva e Fonseca (2005), na prática, no regime asilar hospitalar da década de 80, a admissão para trabalhar no hospital psiquiátrico era associada a castigo, um lugar para onde poucos profissionais iam de livre escolha e para onde o funcionário problema era transferido, sendo que a admissão para o quadro de funcionários tinha a mesma conotação da admissão de um paciente: absoluta falta de livre escolha. Era esse o campo do pleno exercício da psiquiatria clínica, médica e biológica e onde a equipe de enfermagem e demais

agentes de saúde se acomodavam sob a impotência e convivência com o saber técnico, submetidos à autoridade do saber científico, construído e autorizado pelo protocolo de pesquisa, nem sempre compartilhado com “*a pessoa sem crítica*” a quem iria “ajudar”.

Ainda que as iniciativas de mudança tenham emergido da reflexividade instaurada pelo corpo técnico e por gestores, Goulart (2006) questiona a origem da criticidade que “abalou” a cultura profissional que orientava o campo de atuação: os processos de mudança ainda que tivessem significado histórico, não foram plenamente disponibilizados a todos e, mesmo que estivessem, não garantem a deflagração desses processos de mudança na atualidade. O processo de transformação institucional, para essa autora é um processo heterogêneo e não linear.

Com esse panorama, a Organização Mundial de Saúde elaborou, em 1991, uma carta de direitos às pessoas com problemas mentais, enumerando vinte e cinco princípios para a proteção e para a melhoria da assistência à saúde mental, promovendo iniciativas no âmbito dos direitos humanos e das políticas sociais (CAMPOS e BARROS, 2008).

Na atualidade, entende-se que o campo do conhecimento da saúde mental é amplamente complexo e intersetorial, abrangendo muitos saberes, como coloca Amarante (2007). E a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que saúde é “o estado de completo bem-estar físico, mental e social”, assim:

“(...) saúde mental seria um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas.”(AMARANTE 2007; p. 19).

Por meio dos novos modelos substitutivos, buscou-se contemplar outras maneiras de agir em psiquiatria comprometendo-se com as ideias da Reforma Psiquiátrica. Sob esse novo olhar, busca-se, para, a reconstrução do sujeito, preservando sua subjetividade, sua história de vida e suas relações interpessoais, buscando romper com mecanismos que podem perpetuar a marginalização do doente e não reconhecê-lo como cidadão (ZERBETTO e PEREIRA, 2005). Nesse sentido, a discussão sobre o atendimento de saúde mental, nos últimos anos, trouxe para a cena questionamentos sobre o viver com transtorno mental, bem como a convivência com sujeitos acometidos de transtornos mentais.

1.3. Profissionais da Equipe de Enfermagem

Ao fazer uma retrospectiva sobre a maneira como os profissionais de enfermagem agiam desde o início da enfermagem psiquiátrica, Rodrigues e Schneider (1999) relatam que num primeiro momento, o trabalho estava vinculado a instituições religiosas, num ambiente de maus tratos aos pacientes. Em um segundo momento, influenciada pelo referencial das relações humanas, o enfermeiro estaria explorando seu estado profissional como instrumento de assistência, numa postura psicoterapêutica. E em um terceiro, numa postura contrária a essa, outro enfoque do contato foi dado ao trabalho de enfermagem: a interação efetiva entre enfermeiro e paciente como parte do trabalho daquele, ainda que não realizada na prática que, segundo essas autoras tem a ver com a cronicidade da doença mental e seu estigma de improdutividade.

Na atualidade, o contato do profissional de enfermagem com os pacientes ainda conserva um caráter disciplinador e mantenedor da ordem. Zerbetto e Pereira (2005) tecem uma reflexão sobre o trabalho do auxiliar e do técnico de enfermagem nos novos dispositivos institucionais de atenção em saúde mental a partir do panorama criado após a reforma psiquiátrica no país. Para eles, faz-se necessário reportar-se a dois pontos: o modelo psicossocial como tendência nas políticas de saúde mental, substituto do modelo asilar e as novas ações de intervenção na assistência. Sob influência do modelo capitalista, as práticas carregam características de um trabalho fragmentado, dividindo tarefas: a supervisão, administração e ensino destinados a enfermeiros e os cuidados diretos (banho, medicação, curativos, alimentação, etc.) a auxiliares e técnicos de enfermagem.

Assim, dentro das atribuições das equipes de enfermagem (enfermeiros, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem), este grupo é o que mais proximamente trabalha com o sujeito com transtorno mental, por vezes fisicamente mais próximo (CALGARO e SOUZA, 2008). Dessa maneira, as mudanças na política de assistência em saúde mental trouxeram também para essa categoria profissional, novas perspectivas.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (1987) por meio do Decreto nº 94.406/87, são membros da equipe de enfermagem e só será permitido ao profissional o exercício legal da profissão se inscrito no Conselho Regional de

Enfermagem da respectiva região quem for : Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Auxiliar de Enfermagem; Parteiro

Assim, são definidos como Enfermeiros: o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei; o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferidos nos termos da lei; o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as respectivas leis, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz; aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiveram título de Enfermeira até 1961 (COFEN, 1961).

As atribuições regulamentadas para essa categoria são:

- privativamente: direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem; consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem; consulta de Enfermagem; prescrição da assistência de Enfermagem; cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.
- como membro da equipe de enfermagem: participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação; prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões; participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem; participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica; prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido; participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução e assistência; obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia; participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral; participação

nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada; participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho; participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde; participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde; participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de Enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Os papéis do enfermeiro, segundo a literatura científica são de atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento (PERES & CIAMPONE, 2006; BRUSAMARELLO e cols, 2009), atuando junto ao doente mental utilizando-se de artifícios mediados pelas relações técnicas, interpessoais, interacionais e institucionais (MIRANDA, 2002). Esse conjunto de atribuições parece ser mais centrado na assistência de forma indireta, tendo em vista a supervisão, a administração dos recursos e o controle das atitudes dos doentes mentais, ainda muito ligado ao modelo asilar; pouco subsidiado por uma formação acadêmica que observasse as necessidades dos pacientes e usuários do serviço (OLIVEIRA & ALESSI, 2003; RIBEIRO & GONÇALVES, 2002; VILLELA & SCATENA, 2004).

No que se refere aos cuidados concernentes aos técnicos de enfermagem, segundo a regulamentação do COFEN (1987): o titular do diploma ou do certificado de técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente; o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de técnico de Enfermagem.

As atividades realizadas por essa categoria profissional são: assistir ao Enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem, na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes em estado grave, na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica, na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde; executar atividades de assistência de Enfermagem.

Os técnicos em enfermagem são dotados, ao que se apresenta, de conhecimentos de procedimentos técnicos tanto para o cuidado como para a administração da equipe de enfermagem. Estando hierarquicamente, em nível intermediário na equipe.

Para os auxiliares de enfermagem, são considerados como tal, segundo o COFEN (1987): o titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente; o titular do diploma regulamentado em 1956; o titular do diploma ou certificado regulamentado em 1955 e expedido até 1961; o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação de 1934, 1946 e 1959; o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem a partir de 1967; o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Suas atividades são descritas no COFEN (1987) como preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação; executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como:

- ministrar medicamentos por via oral e parenteral;
- realizar controle hídrico;
- fazer curativos;
- aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocisma, enema e calor ou frio; executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
- efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
- realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico; colher material para exames laboratoriais;
- prestar cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios;
- circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;
- executar atividades de desinfecção e esterilização;
- prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive: alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;
- zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde;
- integrar a equipe de saúde;
- participar de atividades de educação em saúde, inclusive: orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas; auxiliar o Enfermeiro e o

Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde; executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes e participar dos procedimentos pós-morte.

Ou seja, as atividades profissionais dos auxiliares e técnicos de enfermagem são realizadas no cuidado corpo a corpo com os pacientes, no nível hierárquico mais baixo na equipe de enfermagem, sem que isso se traduza em menor nível de conhecimento, mas de natureza diferente, baseado na prática cotidiana e na aplicação de técnicas.

Dessa maneira, muitos estudos atuais se voltam sobre seu papel e condição de exercício profissional da equipe de enfermagem e, para mapear os estudos nesse campo, fez-se uma revisão bibliográfica⁵. Esses trabalhos estão condensados de acordo com os assuntos tratados e relacionados a seguir:

Desde a década de 1990, intensas mudanças no campo da saúde mental têm gerado uma redução do número de hospitais especializado em psiquiatrias. O que acarretou mudança política pública em saúde mental, resultando na diminuição das internações, mudança na formação em saúde mental, (KENNY et.al.; 2009).

Tanto Nardi e Ramminger (2007) como Kenny et.al. (2009) relatam que em teoria, desde essa época, entre outras categorias profissionais, a enfermagem tende a prática compreensiva em psiquiatria e saúde mental; entretanto, a preparação para essa prática apresenta-se abaixo do nível de conhecimento e habilidades necessárias para promover saúde mental apropriada a demanda dos pacientes⁶.

Apesar do discurso da Reforma Psiquiátrica introduzir a reflexão sobre a prática e influenciar os profissionais da área da enfermagem, quanto à desinstitucionalização dos usuários (quer seja por uma mudança de postura quanto à saúde mental, quer seja pela facilitação das altas nas instituições), ainda se pode perceber que esses profissionais continuam visualizando a hospitalização como um recurso pertinente no tratamento de transtornos mentais no momento de crise face a realidade dos serviços substitutivos extra-hospitalares, inchados tanto pela maior

⁵Utilizou-se as palavras-chave : "mental health" and "psychiatric hospital" and "nursingpersonnel", "saúde mental" and "hospitais psiquiátricos" and "enfermagem psiquiátrica", "saúde mental" and "psychiatric hospital" and "nursingpersonnel" nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Lilacs, Psycnet e Pubmed no período entre 19/10/2010 a 30/10/2011, com 290 artigos no total e, desses artigos, foram selecionados aqueles que eram compatíveis com os objetivos do estudo em termos de população e assuntos tratados.

⁶ O estudo de Kenny et al. (2009) propõe um curso de bacharelado em enfermagem com ênfase em enfermagem psiquiátrica, com o intuito de promover as mudanças necessárias para o novo panorama de saúde mental, juntando vários setores como universidade, pacientes, governo, estudantes e indústrias da saúde mental; bem como teoria e prática tutorada ao longo do curso.

demanda de usuários saídos do hospital, como pela falta de uma rede de recursos que subsidiem os tratamentos, resultando no processo de cronificação dos usuários e internações múltiplas em curto espaço de tempo (CALGARO, 2009; LIMA e AMORIM, 2003). Entretanto, há na atualidade estudos que versam sobre a prática da enfermagem na atenção básica (SILVA; FUREGATO; COSTA JÚNIOR, 2003; BRÊDA et.al., 2005; BRÊDA; AUGUSTO, 2001; COIMBRA et.al., 2005) como uma busca por alternativas para responder a demanda dos serviços e de seus usuários.

Oliveira e Alessi (2003) dizem que a reforma psiquiátrica pressupõe um novo desenho de objeto e instrumentos de trabalho, que são ainda pouco visíveis na prática dos enfermeiros, diretamente relacionados à consciência do trabalhador de enfermagem como tal.

Assim, ainda que os trabalhadores de enfermagem psiquiátrica avaliem que o modelo de cuidado é diferente do modelo médico, percebeu-se que na falta de um modelo específico de tratamento, a cultura predominante de cuidado com a doença levaram a um *modus operandi* focado no cuidado e resolução de problemas (MCALLISTER & MOYLE; 2008).

Borges (2009) defende que exista um modelo interventivo dentro do hospital especializado em psiquiatria que vise possibilitar trocas de saberes e experiências entre a rede de relações, permitindo tanto o crescimento pessoal e individual como da própria coletividade.

Assim, três diferentes tipos de formas de subjetivação convivem entre si entre trabalhadores do campo da saúde mental: o discurso religioso no período do Brasil Colonial e Imperial – preocupando o cuidador em garantir sua própria salvação espiritual por meio do cuidado do louco, como caridade –, o discurso médico, do século XIX, inaugurando o trabalho especializado de cuidado (o médico psiquiatra e o enfermeiro psiquiátrico); e o discurso da reforma psiquiátrica que propunha um deslocamento do saber médico psiquiátrico para a interdisciplinaridade, mudando do discurso médico, para a discussão da cidadania (NARDI e RAMMINGER, 2007).

Também no Brasil, desde a década de 1970 até a atualidade, o papel social da equipe de enfermagem também se modificou, como relata Calgaro (2009), os próprios enfermeiros se percebem exercendo papel de maior complexidade, migrando de um sistema fechado e enrijecido sobre o saber existente do modelo tradicional biomédico para uma atitude de abertura maior para as novas

problemáticas e novas soluções, implicando em diferentes experiências, saberes e trocas entre as diversas profissões das equipes.

Ao mesmo tempo em que se tornou mais complexo, o papel do enfermeiro tornou-se também indefinido, posto que as funções exercidas dentro dos serviços passaram a ser multidisciplinares, ficando indistinto pela competência relativa e específica nos grupos de trabalho (CALGARO, 2009). São então assinalados algumas características do trabalhar em saúde mental, ainda que as classificações de objeto de trabalho não se esgotem: trabalhar constantemente seu estado de alerta, dificuldade em definição do objeto de trabalho, papel junto à equipe – resultando em conflitos entre os profissionais e dificuldade de percepção das especificidades de cada área – sentimento de falta de preparo para a atividade, supremacia do modelo hospitalar e reconhecimento da necessidade de melhoria da interação entre enfermeiro e pacientes (RODRIGUES e SCHNEIDER, 1999).

Zerbetto e Pereira (2005) relataram uma predominância da visão biomédica na prática dos auxiliares e técnicos de enfermagem no que concerne à visão sobre saúde/doença dos pacientes, embora o foco do trabalho fosse o paciente como indivíduo. Assim, as características do cuidado dessa categoria eram de acolhimento, valorização da escuta do usuário e pelo usuário como ferramenta de intervenção, sem que haja respaldo da formação teórico-prática, mas no processo de aprendizado no cotidiano.

Vere-Jones (2007) relata que grande parte dos enfermeiros dizem sofrer algum tipo de efeito físico ou mental relacionado ao estresse no trabalho, e para Currid (2008), combinado a isso eles vivenciam falta de recursos de trabalho, além de pobre equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, parecendo não serem capazes de chegar aos padrões de cuidado que gostariam e, dessa maneira, atribuem pouco valor ao seu trabalho.

Corroborando com isso, o trabalho de Arthur, Brende e Quiroz (2003) com profissionais de saúde mental sobre as ameaças à segurança física e bem estar psicológico de profissionais de saúde mental sofridas parecem apresentar sérios problemas segundo eles mesmos, segundo os resultados revelados. Foram encontrados respondentes vitimizados por atos psicológicos ou físicos violentos, sendo que destes, muitos temiam por suas vidas pelo menos uma vez ao longo de suas carreiras profissionais.

Estudos sobre *burnout* com enfermeiras hospitalares (RÍOS RISQUEZ et. al., 2008; McELFATRICK et al., 2000; PIKO, 2006; SHIMOMITSU, OHYA, ODAGIRI, 2003; LINDE, MARTÍNEZ, CERVANTES, 2005; IACOVIDES et al., 1997; STATHOPOLOU et al, 2011; ASHTARI et al, 2009 entre outros) estimam a prevalência de um terço dos profissionais da área dessa doença. Além disso, faz-se inter relações entre a síndrome de *burnout* e sintomas psíquicos ou físicos de estafa mental, resultando em uma significativa associação entre a estafa e o estado de saúde percebido, principalmente os sintomas de ansiedade, conflitos no trabalho, satisfação no trabalho.

Com relação a satisfação profissional do enfermeiro psiquiátrico, a literatura apresenta a ocorrência de alta prevalência de transtornos psiquiátricos menores, e a existência da contraposição entre satisfação do trabalho com os paciente e insatisfação quanto às políticas institucionais, além de poucas mudanças na rotina laboral, provocando cansaço emocional e certa frustração (SAIDEL et al., 2007 e DE MARCO et al., 2008).

Corroborar para isso o que Barkam. et al. (2004), Hiscott e Connop (1990) relatam sobre os principais fatores para a precipitação de estresse ocupacional em serviços de internação em saúde mental: eles seriam devidos a problemáticas organizacionais (características do trabalho e administração) ou de variáveis psicológicas como suporte social adequado a esses funcionários.

Outro fator importante na satisfação no trabalho em saúde mental é a participação em reuniões de equipe. Assim, Vilas Boas (2004) relata que há maior participação de profissionais mais experientes nas reuniões de equipe em serviço de saúde mental – relacionando ao fato de coordenarem a maioria das atividades terapêuticas rotineiras –, e essas reuniões ofereceriam oportunidades para os integrantes da equipe trocarem informações sobre os comportamentos específicos dos pacientes, possibilitando acompanhamentos continuados destes; além disso, favoreceria trocas de experiências entre os profissionais das diversas áreas, contribuindo para o processo de ensino/aprendizagem no hospital.

O fato de trabalharem em contato direto com os pacientes psiquiátricos parece levar os profissionais de saúde mental a terem maior negatividade, se comparados à população em geral com relação à evolução de transtornos mentais em pacientes internados, porém esse negativismo pode afetar o trato com os pacientes (JORM et al, 1999).

Autores como Awa, Plaumann e Walter (2010) indicam que é necessário construir um local de trabalho em que são privilegiados bons relacionamentos interpessoais, número de pessoas trabalhando e quantidade de trabalho e realizar intervenções com os profissionais de enfermagem de maneira que haja prevenção de problemas relacionados ao trabalho.

Ewers e cols., bem como Tavares (2006) salientam a importância da integração entre serviços públicos de saúde e estágios práticos nesses serviços, concluindo que a mudança na formação do enfermeiro está diretamente relacionada às mudanças no âmbito das relações estabelecidas entre setores da universidade e os serviços de saúde. Spadini e Souza (2010) complementa que na atualidade, o enfermeiro se desenvolve para atuar de forma mais vivencial na área de psiquiatria, alguns fazem cursos extracurriculares e outros, leituras específicas. Todos esses autores concordam que há a necessidade de maior investimento durante a formação do enfermeiro durante a graduação.

Com relação aos cursos de enfermagem em nível técnico verifica-se a inconstância da disciplina de saúde mental e/ou psiquiatria na grade curricular, além do distanciamento entre prática e teoria de estágios, conteúdo voltado ao modelo médico e hospitalocêntrico, certa introdução de princípios de reabilitação psicossocial (CINTRÃO, 2005; MONTEIRO 2006; MONTEIRO; DONATO, 2008) defendem que se faz necessário o desenvolvimento de aprendizagens pertencentes às dimensões conceitual, técnica, ética e política, partindo-se da hipótese de que existe uma ênfase das aprendizagens da dimensão técnica nos currículos de cursos técnicos de ensino médio em detrimento das demais dimensões. Necessita-se, assim, a melhoria da qualidade dos processos formativos e da oferta extensiva de formação continuada aos trabalhadores já inseridos no trabalho, para fazer as constantes mudanças no sistema de saúde brasileiro (Göttems, Alves e Sena, 2007).

Calgaro (2009), Ribeiro & Gonçalves (2002) e Villela & Scatena (2004) indicam que os profissionais quando relatam sobre sua especialização técnica na área de psiquiatria, poucos revelam ter cursado alguma especialização. Este dado torna-se preocupante ao revelar a carência de enfermeiros especialistas atuantes na área, sendo de fundamental importância sua atualização profissional, para que a assistência não fique pautada em velhos conceitos e reprodução de erros passados (CALGARO, 2009).

Sobre o treinamento de equipes de profissionais de saúde mental, se encontra pouca literatura na área de assistência sistemática no que se referia ao treinamento dessas pessoas, pouca comunicação entre o processo de treinamento básico e específico desses profissionais; a treinamento quando acontece muitas vezes não é suficiente para as necessidades dessa população (BALCH, 1976; NELSON e cols, 2008).

Com relação a especificidade do treinamento para cuidado de pacientes com transtorno mental, Siegfried et.al. (1999); Oliveira, Kestenberg e Silva (2007) e Dickens et al (2009) relatam que é baixo o número de pessoas que haviam recebido treinamento sobre álcool e outras drogas ou com relação a situações de agressão, grande parte havia tido experiência de trabalho, associando o conhecimento da área com contato regular com pacientes; considerando-se que o manejo desse grupo de pacientes era difícil e geralmente inadequado. Aponta-se para a necessidade de mais atividades de educação e treinamento em abordagens preventivas para o manejo com os pacientes e realistas, de acordo com as possibilidades da equipe e dos funcionários treinados. Por isso, na atualidade, há um esforço pela criação de cursos de nível técnico em enfermagem, com o intuito de preparar o enfermeiro para a prática em saúde mental, bem como a formação continuada (DAL POZ et.al., 1992; OLIVEIRA et.al., 2002; CINTRÃO, 2005; FERNANDES et.al., 2009; ANDRADE; MEIRELLES; LANZONI, 2011).

A natureza do relacionamento entre usuário e equipe/serviço, para Hird (2007), pode ser vista como a maneira pela qual o poder é utilizado nessa relação. O que pode ser visto em algumas instituições é um relacionamento profissional com os pacientes distanciado, próprio da perspectiva predominante em relacionamentos profissionais, que permitiria a percepção da problemática sem o envolvimento emocional.

Um exemplo disso é a postura Fernandes com relação a vivência da sexualidade dos pacientes, como Miranda, Furegato e Azevedo (2008) relatam, em que há uma tendência dessa categoria profissional em estabelecer certa censura silenciosa sobre a sexualidade do doente mental, estabelecendo-se uma política de silenciamento. Para esses autores, esse posicionamento revela o cumprimento de determinações do estatuto profissional, negando a sexualidade do paciente, circunscrevendo-a no rol dos desvios e transgressões e doença.

Younes et.al.. (2005) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a opinião dos profissionais de clínica geral sobre sua prática cotidiana com os pacientes com problemas de saúde mental e seu relacionamento com os profissionais de saúde mental, identificando os fatores associados à necessidade percebida de colaboração destes com profissionais de saúde mental e a atual colaboração recebida. Os resultados apresentados por esses pesquisadores é de que a maioria dos clínicos relatou que seus pacientes pediam por: mais cuidado, mais tempo, mais consultas e esses clínicos encontravam certa dificuldade em se tornarem pessoas referência aos pacientes com transtornos mentais do que seus outros pacientes. Embora a maioria dos clínicos participantes do estudo tivesse uma relação satisfatória com os psiquiatras particulares, com psiquiatras da rede pública e assistentes sociais.

Younes e cols (2005) apontam para a necessidade de colaboração com profissionais especialistas em saúde mental era mais frequentemente sentida diante de um tipo específico de paciente: aquele com transtornos mentais que eram mais jovens, desempregados, com problemas com duração de mais de um ano, histórico de hospitalização psiquiátrica além a dificuldade de adesão ao tratamento psicológicos. Onde as necessidades não foram supridas, os clínicos optavam por procedimentos clássicos de referência de saúde mental a apenas um terço de seus pacientes com transtornos mentais. Esses autores ressaltam a necessidade de colaboração interprofissional no sentido de promover o manejo com os pacientes com transtornos mentais.

Kenny et. al (2009), nesse sentido, advogam que a saúde mental é um assunto importante e que apenas por meio de estratégias inovadoras, e alianças efetivas entre setores pode-se promover serviços de saúde mental efetivos.

2. OBJETIVO

Se no contexto da saúde, denominado por Turato (2005) como *setting* da saúde, conhecer as *significações* dos fenômenos do processo saúde-doença é considerado condição para melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição e para promover adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados e de medidas implementadas, torna-se essencial entender mais profundamente sentimentos, ideias e comportamentos dos participantes do processo: usuários dos serviços, seus familiares e a equipe de saúde.

No que diz respeito à equipe, dentro do panorama delineado quanto às diferentes atribuições profissionais, considera-se que os auxiliares/técnicos de enfermagem estão em contato mais próximo com os pacientes em período de internação psiquiátrica; apesar disso, a revisão bibliográfica apresentada demonstra falta de estudos sobre esses profissionais na literatura científica, concentrado em geral na área de *burnout*. Os poucos relatos sobre essa temática são antigos, dentro dos encontrados: Alencastre (1979), Minzoni (1980), Hiscott e Connop (1990), Aranha e Silva (2003).

Assim, foram definidos os seguintes objetivos para este trabalho: buscar conhecer a visão de auxiliares de enfermagem de um setor de agudos masculino e feminino de um hospital de internação especializado em psiquiatria do interior do Estado de São Paulo a respeito de seu trabalho. Mais especificamente, pretende-se conhecer, a partir de sua própria perspectiva, a trajetória e formação profissional dessas pessoas, o contexto institucional e as práticas cotidianas envolvidas em seu trabalho e suas concepções a respeito da clientela atendida.

3. MÉTODO

Para atingir os objetivos delineados, este trabalho opta por um quadro de referências metodológicas em pesquisa qualitativa, que se adéqua, segundo Paulilo (1999), a busca por dados que se apresentam em múltiplos sentidos e estão intimamente ligados às práticas, sendo analisados como indicadores e tendências.

A pesquisa sob perspectiva qualitativa teve seu início no final do século XIX, quando do advento das Ciências Humanas, emergentes em contraposição às Ciências da Natureza, num contexto epistemológico baseado no empirismo. A Sociologia, ciência nascida nesse período, cuja compreensão de Homem baseava-se na ideia de que este não era organizado sob as mesmas leis regidas pela Natureza e, dessa maneira, não podiam ser obtidos conhecimentos sobre ele da mesma forma, buscando olhar para seu objeto de estudo por meio de métodos que não podem ser aplicados indiscriminadamente em um ou outro (Turato, 2003).

Turato (2003) contextualiza que a pesquisa qualitativa tem por base a contribuição do Historicismo na Sociologia, disciplinas que buscam o conhecimento do mundo por meio da história social humana, ótica sob a qual as ciências humanas passaram a ver os fenômenos situados no tempo e contexto em que se inseriam os conhecimentos, pois partia-se do pressuposto de que somente por essa via que os sentidos e significados podiam ser construídos: a experiência humana vivida trazida da reflexão sobre a Ciência Humana movimentando a prática, situada na história de um dado contexto, em que os valores e significados são representados, reproduzidos e atualizados.

Os métodos qualitativos, por sua vez, passaram a ter *status* de métodos científico de obtenção de conhecimento por meio da Antropologia – pela Etnografia – e da Psicanálise Freudiana, cujos métodos de investigação pautam-se na escuta e na observação apurada dos fenômenos, sob atenção flutuante sobre o contexto, numa atitude de ir a campo e valorizar a experiência do sujeito (TURATO, 2003).

O conceito, portanto, de pesquisa qualitativa pode ser amplamente usado nas mais diferentes áreas do conhecimento, ora pensando na contraposição com a metodologia de quantificação e mensuração dos dados, ora na descrição de qualidades dos objetos estudados, além de sua situação no ambiente em que se insere.

Numa contextualização paradigmática, a pesquisa qualitativa parece transitar por referenciais distintos, seja assentado em ideias positivistas; nas ideias pós positivistas, mas também em estudos culturais, feministas e fenomenológicos; embasado na interpretação em que diferentes teorizações se sobrepõem, se

contrapõem e complementam nas produções de conhecimento e a fase atual, em que na pós-modernidade, a atitude é de não privilegiar uma ou outra teoria como mais legítima que a outra, mas dependente de seu objeto de estudo e da pergunta a ser feita pelo pesquisador (IBÁÑEZ, 2001; TURATO, 2003; GONZÁLEZ-REY, 2005).

Partiu-se, então, nesse trabalho, de um paradigma epistemológico qualitativo com significado próprio dentro de modelos epistemo metodológicos, nos quais os processos e significados dos fenômenos são o interesse de pesquisa. Em seu desenvolvimento, partiu-se de uma abordagem multivariada baseada em Turato (2000; 2003), considerando o disposto por Bogdan e Biklen (1994) e González-Rey (2000; 2005), o que envolve uma abordagem interpretativa para seu assunto, caracterizando-se por:

- caráter descritivo da investigação qualitativa traduzido no interesse pelas significações dos fenômenos, principalmente no campo da saúde. Essa perspectiva subsidiaria pesquisas junto a indivíduos ou grupos, buscando partir de seu próprio saber construir novos saberes e olhares sobre os processos envolvidos na construção do campo social da saúde (ISHARA, 2007);
- fonte direta de dados no ambiente onde eles se inserem, ou seja, ambiente natural do sujeito como campo de pesquisa;
- valorização de elementos como a escolha do tema/problema, desenvolvendo-se inicialmente no sentido de compreender relações e funções desempenhados pelo objeto de pesquisa;
- desenvolvimento da investigação, a partir da subjetividade como categoria orientada para a construção dos processos subjetivos dos vários âmbitos da vida social os quais se relacionam com a importância do contexto e das relações com o sujeito. Parte-se do princípio de que a configuração histórica da experiência se dá de forma subjetiva na personalidade dos sujeitos ao longo de suas histórias de vida;
- pesquisador como instrumento principal da coleta e análise dos dados, como sujeito do pensamento, funcionando como *bricoleur* na composição de objetos novos a partir de fragmentos de outros;
- atenção a sentimentos existentes na situação de entrevista, sendo colocada em evidência a importância da capacidade de escuta e de interlocução por parte do pesquisador. Em complemento a essa atitude, o pesquisador observaria o global da linguagem corporal/comportamental no sentido de complementar, confirmar ou confrontar o falado, entendidos como ferramentas para a coleta de dados, , sem deixar de ladoo caráter interativo do processo de produção do conhecimento;
- interesse mais pelo processo do que pelo resultado, considerando a significação da singularidade como nível legítimo da produção do conhecimento;
- forma indutiva de analisar os dados ⁷ ; considerando o conhecimento como produção construtivo interpretativa, que busca dar sentido a expressões do sujeito estudado.

⁷Com a ressalva feita por Triviños (1987) apud Turato (2000), de que os fenômenos podem ser explicados num processo dialético indutivo-dedutivo.

Com a composição desse panorama teórico-metodológico, para os propósitos do presente trabalho, denomina-se como objeto de pesquisa qualitativa, a *significação* atribuída ao contato com os pacientes atendidos por parte dos auxiliares/técnicos de enfermagem que o vivencia, partindo-se do pressuposto de que o significado é produzido na fala e nos comportamentos de quem observa e é observado, têm papel organizador nos seres humanos (Turato, 2003).

A pesquisa qualitativa aqui realizada pressupõe que o conhecimento da significação dentro da experiência humana e se relaciona com a observação dos comportamentos e discursos existentes, as crenças e experiências dos sujeitos do processo registrados por meio das entrevistas e registros em cadernos de campo. Esses elementos são coligidos por meio do contato entre pesquisador/entrevistador/observador e participantes do estudo, entendendo a linguagem como um sistema de relações em que se inserem ambos.

3.1. Contexto do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida em um Hospital Especializado em Psiquiatria, dentro da esfera administrativa do Estado de São Paulo, com gestão Estadual e administração direta da saúde. A mantenedora é a Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. Essa instituição de nível de atenção hospitalar de média complexidade, realizando atendimentos de internação, com demanda referenciada e convênio com o SUS.

Este é subdividido em 2 unidades de atendimento: pacientes moradores e pacientes agudos. Esta última, setor onde foi realizado o estudo, subdivide-se em unidades de Agudos Geral (masculino e feminino), Primeira Internação, Atenção Psicossocial e uma unidade de Dependentes Químicos Masculina.

Os pacientes da unidade de agudos são, em geral, homens e mulheres em surto psiquiátrico com diferentes diagnósticos: transtornos do humor, depressivos, alguns com transtornos psicóticos, dependência química em fase da abstinência.

Outra característica da unidade em estudo é a união dos setores masculino e feminino. Essas unidades estiveram por um longo período separadas geograficamente no hospital, passaram por um período curto de junção no mesmo pavilhão, com redução do número de leitos e, após um breve tempo, foram separados por uma porta. Hoje em dia há junção dos gêneros somente durante as refeições e atividades. Essas mudanças acarretaram redução do número de

funcionários e ocorreram por meio de transformações da gestão do setor, em um momento de transição de diretoria do hospital.

Este hospital se insere no contexto gerado pela portaria MS 251/2002, para hospitais psiquiátricos associados ao SUS com base na lei Paulo Delgado, que busca consolidar a implantação do modelo de atenção comunitário, com base no sistema extra-hospitalar, articulado em rede de serviços territoriais, capazes de permanentemente promover a integração social e assegurar os direitos dos pacientes, bem como a continuidade da atenção nos vários níveis de atenção; assegurando a multiprofissionalidade na prestação de serviços; buscando também articular-se com os planos diretores de regionalização estabelecidos.

E se organiza de acordo com a portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, segundo a qual conceitua como hospital especializado em psiquiatria/hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destina ao tratamento especializado da clientela psiquiátrica em regime de internação. Este serviço deve oferecer: avaliação médico psicológica e social; atendimento individual medicamentos, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros ; atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas; abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade ao tratamento; preparação ao paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade da tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade ambulatorial, hospital dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações. Essa portaria regulamenta que o hospital deverá contar com 01 médico plantonista 24 horas; 01 enfermeiro das 19:00 às 7:00 H, para cada 240 leitos; para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 04 dias, um médico psiquiatra e um enfermeiro; para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 04 dias, os profissionais de assistência social, terapeuta ocupacional, psicólogo e 04 auxiliares de enfermagem para cada 40 leitos, com cobertura nas 24 horas; 01 clínico geral para cada 120 pacientes; 01 nutricionista e 01 farmacêutico.

Tendo em vista ainda a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania aos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria devem seguir as seguintes orientações: está proibida a existência de espaços restritivos ou celas fortes; deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados; deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados

nos pacientes. Em relação ao atendimento em regime de internação em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotar todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

3.2. Participantes

Inicialmente foi realizado um levantamento dos funcionários do setor, fornecida pela instituição pesquisada. Há 29 auxiliares no setor, divididos entre os 3 turnos: 15 noturno, 7 a tarde e 7 de manhã. O setor noturno se organiza em duplas, que se revezam a cada 15 dias.

A partir desse levantamento, foi elaborada uma lista de possíveis participantes, sem prévio contato com eles, escolhidos por critério de sorteio; a partir da lista assim elaborada, entrou-se em contato com os funcionários, fazendo o convite a participação no estudo.

Minayo (2000) defende que essa é uma fase importante da pesquisa porque, para essa autora, o processo de investigação prevê idas ao campo antes do trabalho intensivo, com o intuito de captar as nuances dessa população em suas múltiplas dimensões.

Inicialmente a proposta era fazer 10 entrevistas com os funcionários do hospital, entretanto, como eles se dividiam em 3 turnos, achou-se interessante entrevistar funcionários dos três turnos, aumentando-se o número para 12 funcionários, dividindo-os proporcionalmente aos turnos. Conforme as entrevistas foram sendo realizadas, percebeu-se que dentre as pessoas escolhidas todos tinham experiências recentes nos três períodos, fosse trabalhando oficialmente, fosse em turnos remunerados, fosse funcionário de mais um turno.

Assim, optou-se por fazer os convites a participação no estudo de acordo com o contato com os funcionários, como inicialmente planejado.

A partir de trabalhos anteriores (FRAGA, 2008; VALLE, 2008), considerou-se inicialmente 10 entrevistas um número suficiente para saturação das informações. Segundo Minayo (2000) é importante levar em consideração o não esgotamento enquanto não houver o delineamento do quadro empírico da pesquisa, o que implica na previsão de um processo de inclusão progressiva encaminhada pelas descobertas do campo e seu confronto com a teoria. Neste trabalho com o número de 11 entrevistas considerou-se haver recolhido material suficiente para saturar os

dados, segundo Fontanella, Campos e Turato (2006). Para chegar a esse número foram convidados a participar 13 auxiliares do setor de agudos, sendo que 1 deles desistiu da participação e 1 não aceitou participar.

Os entrevistados foram então 11 auxiliares, 3 homens e 8 mulheres; o quadro abaixo traz a caracterização do grupo:

Faixa Etária	35-45 anos	5
	46-55 anos	3
	56-65 anos	3
	Total	11
Formação	Auxiliares de enfermagem	9
	Técnicos de enfermagem	8
	Outras formações técnicas	3
	Formação superior	2
Tempo de Trabalho em saúde mental	2 anos a 8 anos	3
	9 anos a 14 anos	2
	15 anos a 20 anos	6
	Total	11
Tempo de Trabalho no Hospital estudado	1 ano a 10 anos	4
	11 anos a 15 anos	4
	16 anos a 20 anos	3
	Total	11
Religiões Professadas pelos Participantes do Estudo	Católico	4
	Evangélico	2
	Espírita	3
	Tem fé, mas não segue religião	2
	Total	11

Quadro 1: Distribuição das características de perfil em relação aos participantes do estudo

Em termos da faixa etária, os entrevistado situam-se entre 35 e 55 anos, com tempo de trabalho em saúde mental entre 2 e 20 anos e no hospital entre um ano e meio e 20 anos.

As formações profissionais dos entrevistados se caracterizaram por uma ou mais formações, sendo elas: 9 auxiliares, 8 técnicos, 3 têm outras formações técnicas além da área de enfermagem, 2 têm formação superior e pós-graduação.

As religiosidade/espiritualidade dos participantes apresentou o seguinte perfil: 4 são católicos, 2 são evangélicos, 3 são espíritas e 2 não professam nenhuma religião, mas sentem que têm fé.

3.3. Instrumentos de Coleta de Dados

Este estudo realizou trabalho de campo, no qual foi feita a coleta de dados por meio da modalidade de Entrevista História de Vida Temática além de observações e registro em diário de campo.

O uso da modalidade de entrevista como técnica, segundo Minayo (2000), é amplo e contempla o *status da palavra*, como reveladora dos códigos de sistemas e valores, bem como o caráter da interação social entre pesquisador – assumido e compreendido no processo de construção do saber. Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que são os atores sociais os focos da pesquisa (MINAYO, 1994).

Para Fontanella, Campos e Turato (2006), a entrevista da pesquisa qualitativa é um encontro interpessoal para a obtenção de informações verbais e/ou escritas, porém de uma maneira não dirigida, consistindo em um instrumento de pesquisa científica a fim de gerar conhecimentos novos sobre vivências humanas.

Quanto às técnicas de pesquisa, a fim de apreender espontânea e eficientemente o discurso dos sujeitos, um instrumento adequado de coleta de dados deve colocar as duas pessoas face a face, procurando desenvolver um “*setting natural*”. As ferramentas de pesquisa mais adequadas a tais peculiaridades são as entrevistas não dirigidas em seus subtipos, a saber: as entrevistas abertas e as entrevistas semidirigidas, permitindo que os entrevistados falem sobre os *significados* que eles atribuem a suas experiências de vida. É interessante notar que este modo pode levar o entrevistador a aproximar-se de dados não esperados que são os famosos *achados de serendipidade*: aqueles que são encontrados por acaso. O investigador terá que descrever e interpretar tais dados, como pode ser lembrado

o exemplo bem conhecido de serendipidade da descoberta científica da penicilina no campo das ciências naturais. (FONTANELLA, CAMPOS E TURATO, 2006)

Parte-se do princípio de que a busca por um conhecimento sobre o sentido das experiências vividas, aberta a outras temáticas e a mudanças, ainda que a pesquisa se foque em um objetivo claro. Para isso, é necessária uma atitude por parte do pesquisador que deverá responder a essa busca de maneira centrada no mundo vivido do entrevistado, dependente da sensibilidade do entrevistador, dentro da interação interpessoal (BLEGER, 2003; KVALE, 1983, FONTANELLA, CAMPOS E TURATO, 2006).

Outra característica deve ser, segundo Fontanella, Campos e Turato (2006), o domínio de um certo vocabulário acerca do tema investigado, do modo de ser dos sujeitos com os quais ele interagirá e de habituais demandas emocionais e sociais dessa população, evitando a imposição de temas estranhos ao seu universo sociopsicológico, além de uma atitude clínica de acolhida das demandas dos entrevistados.

A particularidade presente na entrevista de “história de vida”, para Caldana (1998) permite tanto a apreensão de acontecimentos vividos e experiências adquiridas ao longo da trajetória do entrevistado tanto no âmbito de seu trabalho como na vida pessoal, quanto delinear as relações entre o depoente e esses aspectos integrados. Esse procedimento metodológico possibilita um diálogo intensamente correspondido entre entrevistador e informantes. E geralmente, segundo Minayo (1994), acontece a liberação de um pensamento crítico e que muitas vezes chega a um tom de confiança. Esse relato forneceria um material extremamente rico para análises do vivido.

A modalidade especificamente escolhida para esse trabalho, a “História de vida temática”, para Caldana (1998), estruturar-se-ia em dois momentos principais: inicialmente, o depoente dá o rumo que desejar na reconstituição de sua história pessoal, apresentando perspectiva própria na elaboração de sua história pessoal e profissional e na forma como escolher retratar as experiências vivenciadas, bem como definições fornecidas pelos entrevistados (MINAYO, 1994); ela tem como objetivo também identificar os aspectos que, ao depoente, e não ao pesquisador, parecem importantes na reconstituição de sua história pessoal (CALDANA, 1998) e dessa maneira visa às motivações dos participantes (MINAYO 1994).

Numa segunda etapa, através de um roteiro de tópicos semi estruturado (ANEXO 2) elaborado pela pesquisadora é pedido que o entrevistado se posicione em relação ao passado. Foram investigados aspectos de interesse específico do trabalho e que porventura não tenham sido abordadas espontaneamente pelo depoente.

O roteiro semi dirigido da entrevista “história de vida temática” utilizada neste trabalho compõe-se assim de três momentos:

- a) uma etapa inicial, voltada para dados pessoais que permitissem a caracterização dos depoentes;
- b) seguida pelo relato livre da história pessoal;
- c) e, finalmente questões temáticas ou tópicos sobre ao trabalho em saúde mental, ao contato com os pacientes psiquiátricos, os reflexos da vida pessoal no trabalho e vice e versa, o suporte psicológico/psiquiátrico/educacional necessário e o recebido nesse trabalho.

Pôde-se perceber que a situação de entrevista mobilizou emoções⁸ nos entrevistados quando foram convidados a fazer um relato de sua história de vida. Após um tempo de conversa sobre os aspectos mobilizados era possível retomar a entrevista.

Manteve-se também o registro em caderno de campo, entendido como instrumento que permite ao pesquisador congregar os diferentes momentos da pesquisa, demandando um uso sistemático que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final de investigação (MINAYO, 1994). Segundo González-Rey (2005), o trabalho de campo consiste na produção permanente de ideias, no qual se conserva o curso do pensamento em anotações não só orientadas para registrar os dados, mas para o seguimento de ideias produzidas, que podem se converter em momentos relevantes do processo de construção teórica gerado pela pesquisa. Ele pressupõe participação ativa do pesquisador, voltando-se essencialmente à construção de sistemas de relações capazes de construir informação. É um processo abrangente e

⁸ Durante as entrevistas, houve momentos em que problemas de fora do trabalho não eram possíveis de serem deixados de lado e isso causava nos participantes certa desestabilização emocional. Isso aconteceu com Lúcia, que sentiu-se incapaz de continuar por alguns instantes a entrevista por se lembrar de episódios de seu passado que lhe entristeceram muito. Também aconteceu com Cora numa situação em que o telefone da unidade tocou durante a entrevista e ela disse que achava ser uma pessoa de seu convívio próximo quem estava ligando, sentiu-se angustiada com isso, perdendo o ritmo de nossa entrevista.

ativo, não sendo limitado *a priori*, seguindo caminho singular. O trabalho de campo permite integrar informação procedente de fontes e contextos diversos e fazer construções que seriam impossíveis edificar sobre a base de dados comprometidos com a lógica linear

Particularmente em relação à entrevista, o caderno de campo permite que o investigador complemente o registro em áudio com observações emergentes do *setting* da entrevista, que deve ser algum lugar familiar ao entrevistado (TURATO, 2000).

Ele pode anotar os elementos não verbais e paraverbais captados durante a entrevista e que serão levados em conta na hora da interpretação dos dados e análise, afirmando, complementando ou contradizendo o que foi dito pelo informante (FONTANELLA, CAMPOS, TURATO, 2006).

3.4. Procedimento de Análise dos Dados

O conjunto das entrevistas transcritas e as anotações do caderno de campo foram analisados, seguindo o que Fontanella, Campos e Turato (2006) indicam. Por meio da transcrição do áudio, facilitou-se as posteriores *leituras e releituras flutuantes* e repetidas audições dos registros, pôde-se ter recordações do contexto afetivo como ocorreu durante o *setting* de entrevista. Esse conjunto de dados foram analisados como um todo, formando o *corpus* de análise, feita pela composição de temas relevantes no conjunto das entrevistas e observações.

O procedimento de análise dos dados obedeceu a seguintes etapas, segundo a apreensão de temas no conjunto das entrevistas (BIASOLI-ALVES, DIAS DA SILVA; 1992), permitindo a formação de temas de análise:

- Leitura exaustiva e repetida das entrevistas e dos relatos do caderno de campo, para apreensão de ideias centrais e momentos chave quanto ao tema, tendo como pano de fundo os dados complementares;
- Identificação de temas recorrentes, para a formação de temas centrais;
- Sistematização de temas centrais como fruto de constante movimento entre os dados e a literatura disponível;
- Redação final da análise dos dados visando discutir o trabalho em saúde mental e reflexos da vida pessoal no trabalho dos entrevistados.

A interpretação dos dados seguiu a linha de análise de Caldana (1998), servindo-se da leitura das entrevistas, do caderno de campo, da literatura disponível e elementos da “*escuta clínica*”. Essa escuta assemelha-se com o que Turato (2003) chama de *atenção (uniformemente) flutuante*, o qual não busca privilegiar qualquer elemento do discurso, deixando funcionar a própria atividade analítica inconsciente do pesquisador.

O critério de elaboração dos temas seguiu as orientações de Turato (2003) sobre a repetição de assuntos comuns nas entrevistas ou, como aponta Caldana (1998), das relações encontradas entre eles como um conjunto de falas indicadoras da complexidade das experiências vividas em suas múltiplas facetas possíveis (CALDANA, 1998). Outra orientação de análise apontada pelos autores diz respeito ao critério de relevância, que considera em destaque um ponto falado sem que necessariamente apresente repetição, mas que, na ótica do pesquisador, constitui-se de uma fala rica dentro dos objetivos da pesquisa (TURATO, 2003; CALDANA, 1998). O autor ressalta ainda a organização do material em subcategorias, evidenciado de outros tópicos que merecem discussão, dentro de um grande tópico.

Assim, não se propõe que os resultados encontrados discorram acerca da realidade objetiva, mas uma possibilidade de interpretação e indicação de tendências a partir do que se percebe do contato pesquisador/entrevistador e participantes como um conjunto (IBAÑEZ, 2001).

3.5. Cuidados Éticos

Alguns procedimentos éticos foram adotados para a realização da pesquisa. Inicialmente o projeto foi submetido à análise pela Comissão de Ética da instituição em que foi desenvolvido para anuência da ocorrência da pesquisa, e posteriormente, encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP (aprovado em 09/06/2011, processo número 547/2011-2011.1.1173.59.9)

O contato com os participantes somente foi iniciado após a aprovação do protocolo por este último Comitê; e seguiu o princípio básico o respeito integral aos direitos dos participantes.

Para a realização das entrevistas foi formalizada a anuência da participação mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual se explicitam os objetivos e a natureza da pesquisa, assegura-se o sigilo quanto à identidade das participantes e enfatiza-se que a participação é inteiramente voluntária, sendo que uma eventual recusa não acarretará prejuízo algum, respeitando-se a autonomia individual (ANEXO I).

Ao longo do trabalho zelou-se por uma postura na entrevista que buscasse perceber o entrevistado como pessoa, como cuidador e profissional, numa atitude de acolhimento ao entrevistado, encaminhando, a ajuda psicológica quando solicitado por eles.

Coerente com essa atitude, por se configurar um perfil de funcionários que trabalha há muito tempo no hospital estudado, um cuidado especial foi tomado no sentido da escolha de como e quais informações a respeito dos participantes seria apresentada, para que fosse minimizada a possibilidade de identificação.

Apesar de o instrumento de história de vida ser utilizado como meio para coleta dos dados, optou-se por descrever os resultados no conjunto das histórias apresentadas, apontando proximidades e distanciamentos entre os entrevistados em suas narrativas, seguindo não somente o roteiro de tópicos pré estabelecido, mas também a relevância dos temas apresentados nas entrevistas pelos participantes.

4. RESULTADOS

4.1. A trajetória até o trabalho no hospital

Os entrevistados relataram ter trabalhado em outras profissões, ter tido outras formações, antes de buscar a enfermagem como profissão e justificam a escolha pela formação no campo da enfermagem por ser uma escolha contextualizada naquele momento de vida, dentro de suas possibilidades no sentido de garantir estabilidade de emprego e financeira.

“É... sou especializado em várias coisas (...) Eu acabei indo para o campo da enfermagem... era uma época em que buscava estabilidade”. (Carlos⁹)

A opção por ser auxiliar de enfermagem aconteceu por uma questão de ascensão social, dificuldade de acesso a outras áreas, aliadas à vontade de estudar.

“Quando tinha 18 anos, um amigo sugeriu que fizesse o curso de auxiliar de enfermagem, porque ele contava que lá na curso tinha mulher na sala que não acaba mais! Eu era jovem... aí eu fiz o curso... também por que não tinha nada pra fazer e queria garantir o futuro da gente”. (Xisto)

Houve influência também do contato com outras pessoas próximas de seu convívio, trabalhadoras da área da enfermagem como multiplicadores de cuidados¹⁰.

“Então [alguém da família] fez enfermagem e como eu não tava fazendo nada, só trabalhava e ela falou assim 'ah faz enfermagem, quem sabe você gosta, é um bom curso, aí se você não gostar, você ganha dinheiro e faz outra coisa' mas eu gostei” (Júlia).

“A minha irmã¹¹ fez o curso, e falou pra mim: se você não procurar, não vai terminar o curso, ela ficou pra trás e eu estou aqui até hoje” (Marta)

⁹ Os nomes atribuídos no trabalho são fictícios, como forma de guardar sigilo sobre as identidades dos entrevistados.

¹⁰ Uso esse termo com o sentido de pessoas-chaves na história de vida dos entrevistados que fizeram função de cuidadores deles, servindo de inspiração para o trabalho no campo do cuidado. Por exemplo, um parente importante, um amigo, um chefe, um professor...

¹¹ Mudança do personagem importante na vida do participante na transcrição da fala como maneira de respeitar o sigilo à identidade do participante.

Rosa, Mara, Marina e Élcio não relataram ter sofrido ou cuidado de quem sofria mentalmente. A escolha deles foi despertada pelo interesse na área da saúde.

“Há muitos anos gostaria de ter prestado vestibular para medicina, porque eu sempre gostei da área de saúde e eu estudava muito isso... tudo o que caía na minha mão da área da saúde eu lia, eu estudava”. (Élcio)

Já outros entrevistados tiveram a experiência de ter sofrido ou ter cuidado de outras pessoas adoecidas. Isso, segundo seus relatos, influenciou a escolha pela profissão.

“Sempre gostei da área de cuidado com a saúde... assim, intuitivamente, eu cuidava desde pequena de pessoas doentes” (Simone)

A escolha pelo curso de auxiliar de enfermagem apresentou-se nos relatos como pautadas na lembrança de situações de cuidado experienciadas no âmbito da vida pessoal.

“Então eu 'tou há muito tempo nessa lida, nessa lida do cuidado... Eu sempre visitei muito obras de caridade, os hospitais espíritas... ia porque gostava mesmo, eu sempre participei!” (Marta)

Marta conta que sempre buscou aproximar-se de pessoas em sofrimento físico ou mental, ela, quando jovem fazia trabalhos voluntários em locais como asilos, hospitais psiquiátricos, alas de hospitais com pacientes acamados. Ela relata que a experiência do cuidado era vivenciada como algo bom e a influenciou na escolha profissional. Marta também tem parentes com problemas dessa natureza e sempre ajudou a cuidar desses familiares.

Algumas das respostas dos entrevistados pareceram levantar aspectos de sua vida mental que pareciam responder à necessidade de entrar em contato com vivências de sofrimento, ora percebida, ora negada, mas sempre em convívio e identificação com os pacientes e o mundo externo com que cada um dos participantes se relaciona. Isso se apresenta na maneira como falam de seu contato com os pacientes, no tom dado à narrativa sobre suas histórias de vida. Por exemplo a história de vida de Simone, Marta, Júlia e Cora: contam que tiveram pessoas na família com transtornos mentais; Simone, em um outro momento de sua vida, Xisto, Carlos e Lúcia tiveram eles mesmos experiências intensas de sofrimento ao longo

da vida, fosse por perdas emocionais importantes, pela falta de oportunidades de vida, situação social, apoio familiar ou doenças orgânicas que desencadearam transtorno psiquiátrico.

A opção por trabalhar no campo da psiquiatria aconteceu por uma questão da ascensão social, dificuldade de acesso a outras áreas. Já escolha por trabalhar em hospital especializado em psiquiatria foi feita por ser um emprego público – que geraria maior estabilidade de emprego e rendimento.

“Não que eu tenha escolhido trabalhar em psiquiatria, mas eu prestei concursos e acabei passando aqui...” (Élcio).

Ainda que não tenha sido uma escolha inicialmente, continuar se tornou uma escolha, pelo contato com os pacientes.

Depois que eu vim trabalhar aqui eu fiquei... aí posso falar que foi uma escolha, tive oportunidade de trabalhar em outros lugares [...] É gostoso mexer com gente, o que eu mais gostava no contato com o paciente é sua história de vida ... a gente se identifica” (Carlos)

Percebeu-se que alguns dos entrevistados buscaram a área da psiquiatria desde o começo da vida profissional, como Cora e Júlia, que logo após terminarem suas formações, prestaram concursos na área; outros justificaram que o trabalho anterior não satisfazia, vendo o hospital especializado em psiquiatria como um lugar fascinante.

“... Eu sempre quis trabalhar no hospital psiquiátrico, desde que eu me mudei pra cá. Antes de vir trabalhar no hospital, não sabia como que era, mas queria trabalhar nesse local e me senti realizada. Antes eu trabalhava em hospital clínico, trabalhei 3 meses e saí, eu achei que estava na profissão errada, mas não era, é porque eu sempre gostei de psiquiatria, entendeu?” (Simone)

Outros fatores influíram na escolha do local de trabalho, como a necessidade de trabalhar em algum campo, ligado a área de formação ou a influência de parentes e amigos no processo de inscrição no concurso de admissão no hospital, não sendo uma escolha – consciente – trabalhar em hospital especializado em psiquiatria.

“Quando me formei, prestei vários concursos, e passei aqui e em [outro lugar], mas aí pedi para vir para cá ” (Júlia).

“... uma amiga ligou para mim dizendo que abrisse o concurso no hospital, tinha acabado de fazer o curso de auxiliar, passei” (Lúcia)

Já contratados no hospital, foram também variadas as trajetórias para chegar ao setor de agudos. Alguns vieram assim que foram contratados, outros passaram por outros setores, lidando com pacientes crônicos.

“Assim que entrei vim direto pro agudos”. (Élcio)

“Comecei no hospital na área de paciente crônicos mas não me adaptei” (Xisto)

Segundo os entrevistados, algumas características são importantes para o trabalho no campo do cuidado em saúde mental, na função de auxiliares de enfermagem, tendo um perfil predefinido: gosto pela área, dedicação, paciência, tolerância, encaixar-se no sistema do hospital, responsabilidade e autocontrole no dia a dia de trabalho, procurando encontrar uma maneira própria de ser e fazer no serviço de saúde mental, se aproximando emocionalmente do paciente, de maneira profissional.

“Eu acho que em primeiro lugar tem que gostar, porque se não gostar não vai conseguir ficar trabalhando na área, porque enfermagem eu acho que é doação, né?” (...) Eu acho que é um dom. Acho que trabalhar e cuidar...” (Júlia)

“Tem que ter muito respeito pelo próximo, tem que ter amor para tratar a pessoal como se fosse uma pessoa da família, como se fosse, porque se não for por aí... porque são paciente que são difíceis. Acho que as pessoas estão nessa situação [de estresse e de brigas constantes] por falta de controle, de autocontrole, as pessoas, falta pensar... as pessoas estão fazendo depois elas pensam”. (Simone)

“a pessoa para trabalhar no hospital precisa ter um perfil, se adequar ao sistema de trabalho, ouvir mais” (Carlos)

Uma visão que aparece nos relatos dos entrevistados é a questão de uma característica própria do cuidado de enfermagem em psiquiatria: escuta e observação como atitudes que não mudaram ao longo do tempo, evidenciando a permanência da visão de psiquiatria baseada no modelo médico, ainda que ampliada para uma experiência que acopla as mudanças ocorridas ao longo do tempo de desenvolvimento da psiquiatria.

“Na base da psiquiatria mesmo continuou a mesma coisa, no cuidado não acho diferença em nada quanto ao cuidado e a psiquiatria. Desde que eu comecei a trabalhar em psiquiatria é a mesma coisa,

observar, conversar, ser paciente com os pacientes. (...) O trabalho em psiquiatria é mais observação porque através da observação dá pra ver como o paciente evolui” (Élcio)

4.2. A Formação

Os relatos sobre a formação educacional nos cursos de auxiliar e técnico de enfermagem apresentavam diretrizes de atuação básicas, muitas vezes de maneira ineficiente para a atuação no campo da saúde mental e manejo de pacientes agudos.

“não aprendi muito no meu curso não, mas em outros cursos dados pelo hospital, sim...” (Marina)

Os aprendizados formais relatados foram: observação, escuta, procedimentos técnicos como punção, medicação, contenção, transporte do paciente, história da psiquiatria, o conhecimento superficial sobre diagnósticos e medicamentos.

“Tudo o que eu sei, e não sei muito, eu aprendi aqui [no que se refere ao conhecimento de psiquiatria]. Fiz cursos e isso auxiliou, mas é muito diferente o que eles pregam do que você vive”.(Lúcia)

Para os que tiveram uma formação mais recente e pós-reforma, houve a introdução aos princípios do modelo psicossocial.

“até que não [aprendeu muito no curso], era um curso bem fraquinho naquela época tava começando a enfermagem!” (Xisto)

“[no curso técnico] a gente aprende a observar, aqui na enfermagem é mais mesmo observação, você tem os cuidados, mas você vai observar a cor dele, como é que tá o olho dele, entendeu, você vai notar se tem alguma coisa errada. Então é uma questão de observação! Quando você vem pra psiquiatria, 'o pessoal do hospital psiquiátrico não faz nada', mas não é que não faz nada, 'ah mas você fica lá o dia inteiro e não faz nada!' muito pelo contrário! porque quando você chega e fala 'bom dia!' você sabe a reação do paciente, se você for observador você é capaz de evitar ele surtar e machucar alguém”. (Marta)

A questão ressaltada como importante é o despreparo do aluno para entrar no campo de psiquiatria, embora os próprios funcionários relatem que os ensinamentos dados nos cursos foram suficientes quanto a qualidade dos procedimentos técnicos. Como se percebe na fala de Cora “não tem isso de ensinar, ninguém diz o que é pra fazer, é só chegar lá e ir fazendo”, com visão é de que o hospital tem funcionários cuja formação é incompleta.

“No curso enfatizava muito mais a clínica. Só hoje em dia há treinamento por meio de estágios em psiquiatria, eu não tive, só tinha uma leve pincelada em psiquiatria. E no curso de auxiliar nem me lembro mais, acho que nem teve psiquiatria, no técnico teve uma pincelada, mas já trabalhava no hospital psiquiátrico”. (Carlos)

Dos relatos sobre terem feito estágio observacional, somente Cora, Rosa e Júlia relataram isso. Já os outros disseram ter feito estágio em outras áreas de atuação, ter feito somente visitas em hospitais ou não terem feito nenhum estágio.

“eu sempre gostei mais de fazer psiquiatria no curso. Tinha, fazia estágio, tudo no hospital de lá da minha cidade! Lá também era psiquiatria... É a gente fez bastante aula, tanto prático como teórico, de psiquiatria, né, inclusive eu fiz até um cursinho preparatório pra fazer, só de psiquiatria, pra eu poder entrar nos concurso, né?” (Júlia)

“fiz estágio, me sentia bem atendendo as pessoas doentes, mas especificamente na área da psiquiatria não tive nenhum treinamento, nenhum, já fiz o concurso, passei, me chamaram e eu já entrei direto no agudos”. (Élcio)

Quanto aos aspectos da seleção dos funcionários, é importante notar que o funcionário selecionado, não necessariamente precisa ter conhecimento sobre a área de atuação, mas sua mão de obra é necessária, e possibilita posterior aprendizagem do que concerne o cuidado específico da psiquiatria.

“Lembro que no concurso não fui muito bem na prova quanto a disciplina da psiquiatria... Perguntaram como se tratava um louco “como uma pessoa comum, com cuidados especiais e eu achei que era com cuidados especiais, dei um 'chute' lá”. (Carlos)

A complementação dessa formação entendida como defasada, é oferecida pelo hospital e vista como importante e fonte de muito conhecimento prático e teórico sobre a área. Houve relatos sobre o pedido da própria instituição para que os funcionários fizessem cursos: quem era auxiliar, que fizesse formação para técnico.

“eles estão dando um curso, sábado, é um curso muito bom! Adorei o curso! De urgência e emergência em psiquiatria. Eles dão curso pra gente, porque assim, querendo ou não a gente que vem trabalhar na psiquiatria” (Lúcia)

Um fator importante na formação é a integração entre teoria e prática, facilitando o aprendizado e evidenciando aspectos complexos do cuidado em saúde mental.

“É fácil, por exemplo, vamo falar da esquizofrenia, o que você vive aqui é diferente, você aprende que esquizofrenia é isso, isso e isso, mas não é isso, isso e isso tem um monte de outras coisas. Aprendi no livro e aprendi aqui. Por que é nada é melhor que fazer estágio, estar lá pra você saber. Por isso que a gente faz o teórico e depois vai pra prática. No teórico é tudo mais bonito, mas é preciso da prática. E eu sou curiosa demais, então quando chega paciente eu vou ver o que é o F.31 (...) Então eu falo que é assim: tudo me ajudou. Quando eu fiz o [curso de] auxiliar eu não tive psiquiatria. O técnico eu não tive psiquiatria, quando eu entrei em psiquiatria na faculdade eu saí. Mas eu já trabalhava aqui... então assim, eu aprendi tudo aqui”. (Lúcia)

Os aprendizados informais são vistos como tendo grande influência nas intervenções do trabalho e no ambiente de trabalho.

“Apesar de eu ter feito cursos na área, a minha intuição me ensinou... assim, eu vou vendo, da minha experiência, vou fazendo...” (Cora)

“Fui aprendendo, pegando a manha... às vezes na conversa você consegue conter o paciente...” (Xisto)

O aprendizado informal também é relatado como tendo perpassado a experiência do curso de auxiliares e técnicos de enfermagem. A influência dos modelos dos professores influenciaram o lidar com o paciente.

“uma professora do curso de auxiliar de enfermagem me ensinou: 'gente, a gente tem que prestar atenção no nosso corpo. Se chega em casa cansado, vocês têm que ver o que vocês querem primeiro: se você tá com fome, primeiro matar a fome, se sente vontade de tomar banho, primeiro o banho, se você tá com vontade de dormir, você deita e dorme sem tomar banho e sem comer' isso foi um aprendizado importante de ser lembrado na hora que eu não tava bem”. (Simone)

Entretanto, os relatos sobre o aprendizado do cuidado com o paciente dizem da impossibilidade de ser ensinado esse tipo de habilidade, bem como ela vir da experiência de contato com os pacientes e com a instituição.

“a professora dizia 'olha gente, o curso, é o curso básico,' hoje eu me lembro do que ela [a professora] falava, ela falava 'tem coisas que jamais vocês vão fazer, não adianta eu falar ó você tem que ser carinhoso com o paciente, você tem que ser prestativo, você tem que fazer com que o paciente se sinta bem, você tem que o paciente se sinta confortável, só que, isso é o que tem que ser feito, não adianta, mas isso sai de dentro decada um de vocês, isso sai de dentro', então tem coisas que você não aprende aqui nesse curso, jamais ser daquele jeito” (Simone)

“Outro aprendizado que eu fui tendo com o tempo foi o jeito de operar no hospital, sabendo a quem recorrer nas diversas situações, compara-se a funcionários mais jovens que não têm esse jeito. A participação em comissões me permitiu ter mais acesso a apoios para o trabalho, com a gerência, a diretoria...” (Xisto)

“Eu aprendi sobre a individualização do cuidado com as pacientes, o deixar criar uma rotina diária que tenha semelhança com a rotina de fora da internação... trabalhando com elas mesmo”. (Rosa)

Mais que um aprendizado pelo contato, os entrevistados sentem que é a integração dos conhecimentos que gera uma atuação própria do funcionário, agregando conhecimentos ao longo da vida, outras profissões, experiências pessoais

“Psiquiatria se aprende aos poucos, no dia a dia... a psiquiatria, a psiquiatria mesmo, ela te ensina. Hoje tem uma psiquiatria mesclada. Isso é uma questão humana, é uma questão de vida você tem que se adequar a cada situação, não é a situação que se adéqua a você”. (Carlos)

Quem esteve em outras instituições percebe essas diferenças no que diz respeito ao modelo de cuidado ensinado nesse ambiente.

“no início era difícil porque os funcionários anteriores tinham um estilo de trabalho, a maioria tinha trabalhado só no hospital e eles tinham uma visão diferente do paciente. 'paciente não tinha muito que querer’”. (Mara)

4.3. O contexto institucional de trabalho

A maneira como se organiza e é gerido um hospital especializado em psiquiatria também entra nos relatos dos participantes no que se relaciona à conformação do suporte ao trabalho no campo, é visto como componente que tem seus pontos positivos e negativos, necessitando uma revisão de propostas e práticas no sentido de fazer maior aproximação da proposta de reforma psiquiátrica.

Os participantes apontam que a flexibilidade existente no trabalho acontece à medida da negociação entre necessidades e interesses do funcionário e da gestão do serviço. Segundo seu relato, houveram mudanças no tratamento da gerência e diretoria para com os funcionários nos últimos tempos no sentido de ouvi-los em suas necessidades, valorização do serviço através da implementação de refeições dentro do hospital, horário de descanso, pausa para lanche. Entretanto sentem que essas melhorias nas condições de trabalho não são apoios suficientes para o trabalho.

“Agora a gente tem limpeza até as 22 horas, os lençóis hoje é brilhante pra gente. Porque o que a gente teve aqui, antes não tinha nem isso! Então é bom isso! Mas não sei... não sei o que aconteceu que nessa transição do hospital, não sei... assim, a gente tava descontente, mas não por trabalhar aqui, mas por normas [da instituição], porque trabalhar com as paciente, ixé! A gente gosta! Mas foi ficando um pouquinho desgostoso por causa disso” (Lúcia)

Assim, as mudanças implementadas pela instituição nem sempre se traduzem na qualidade do relacionamento entre o funcionário e o hospital: haveria dificuldades na gestão dos recursos da instituição, à dificuldades de serem escutados nas reuniões, mais atenção ao erro do funcionário do que aos acertos, burocratização dos processos de decisão no setor. Há a sensação de perda de controle do processo de trabalho, gerando estresse.

“Sinto que o hospital não dá apoio ao trabalho, valorizando mais o que o funcionário não fez de bom, qualquer coisa eles caneteia¹², valorizando mais o que a gente fez de ruim, sem valorizar o trabalho

¹² “Caneteia” na fala da funcionária significa o chefe ou algum funcionário superior ao auxiliar anotar os erros e atitudes a serem reprovados, sendo repassados ao gerente do setor, como forma de repreensão do funcionário. Isso se reverte em uma não gratificação mensal por serviços prestados. Essa forma de avaliação do funcionário foi inicialmente proposta para valorizar os funcionários no exercício de trabalho, mas se converteu, segundo os entrevistados em forma de punição, posto que todos iniciam com o valor acrescido ao salário e perdem a medida se comportam de maneira não meritosa.

que foi bem feito, ou ver o que a gente faz de ruim parece que a chefia só vem na hora errada! [...] a gente é cobrado demais! Eu não me sinto valorizada no trabalho que eu faço de bom, acho que tanto faz (...) funcionário aqui, parece que é um número". (Marina)

"Mas não sei... não sei o que aconteceu que nessa transição do hospital, não sei assim, se antes a gente tava descontente, mas não por trabalhar aqui, mas por normas [da instituição], porque trabalhar com as paciente, ixé! A gente gosta! Mas foi ficando um pouquinho desgostoso por causa disso.[...] Melhor eu pedir atestado do que pedir pra trocar, porque se eu pedir pra trocar é uma burocracia sem fim e aí você pode fazer a sua troca no mês até o quinto dia útil, só que isso que a gente questiona, eu não sei o que vai acontecer comigo no dia 15. Então a coisa é assim... tipo assim, a gente pra conseguir alguma coisa a gente tem falar, falar, falar, falar... pra conseguir a coisa assim, não pra gente, pra cá, pro nosso setor. Pra conseguir alguma coisa aqui pro nosso setor, antigamente a gente conversava com a gerente e demorava, assim, um mês, mas resolvia, agora a gente fala, fala, fala... ma a gente vai levando... o importante é a gente não deixar a peteca cair!" (Lúcia)

Cora relata ter dificuldades em ser ouvida nas reuniões de equipe. Já Rosa relatou ter sido mudada de turno pela diretoria como "punição", no seu modo de ver, de uma atitude dentro do trabalho causava preocupação sobre o que faria com o restante de suas atividades, pensando em sair do hospital caso não conseguisse conciliar seus interesses com os da diretoria do setor.

Alguns funcionários relataram dificuldades no lidar durante a mudança de paradigma de política em saúde mental, acontecida juntamente com a troca da diretoria do hospital, ressentem-se de pouca orientação por parte da gerência sobre como lidar com os pacientes, e da dificuldade de mudar hábitos de funcionários mais antigos do hospital.

"É difícil, mudar uma cabecinha de 20 de serviço, vamos dizer que a pessoa tem 50, 60 anos, pra uma cabeça de alguém que tá chegando agora... que já tá aqui a menos tempo. Acredito sim..." (Cora)

"No início do meu trabalho aqui, tinha muito problema entre os funcionários novos e velhos, eles pensavam que a gente fazia aquilo [ressocialização dos pacientes e incentivo a hábitos de higiene] pra mostrar serviço, elas não entendia que a gente tava fazendo aquilo pelo paciente". (Mara)

Nesse sentido, os entrevistados apontaram para a necessidade de orientação dos novos funcionários nos afazeres do setor e nas formas de agir com o paciente, de discussão dos casos e também de discussão sobre a rotina e a valorização do

trabalho realizado. Sentem que na falta de discussões dos casos com a equipe toda em alguns turnos e setores, fica difícil a integração entre os diferentes profissionais. O que observam é a necessidade de entrosamento dentro da equipe de maneira que o cuidado com o paciente seja integrado, para o que é fundamental a conversa entre os funcionários de próprio serviço.

“Você pode perguntar pra qualquer funcionário, se há isso... pelo menos uma reunião quinzenal, mensal... pro enfermeiro e pra equipe. Tem uma reunião que é multidisciplinar, tem enfermeiro, tem atendente, tem enfermeiro aqui, que é um monte de enfermeiro... auxiliar daqui... mas pra falar do hospital, geral... tipo normas e rotinas de fumante, de coisinha, como que chama? de pertence, de coisinha de cabeceira de paciente, se põe se não põe, calcinha se é do hospital, se não é...essas coisas... não pra acertar coisas de rotina, de cuidados, para com o paciente... Tipo orientar sobre como lidar com o paciente”. (Cora)

“Tem que ter um entrosamento e todo mundo falar na mesma língua, No meu dia a dia, não é isso que eu vejo, aqui cada profissional faz sua parte, desintegrado do restante da equipe, parece que tá sem controle e acho que deveria ter um trabalho [em conjunto] na hora da internação do paciente”. (Simone)

“Podia ser mais conversado... bom, mas mesmo aqui... o paciente entra na sala do médico, entra ele, entra a família, o médico, assistente social, enfermeira, psicóloga... se fosse eu não falava nada da minha vida na frente desse monte de gente, eu nem conheço, devia ser tudo individualizado, mas não, a psicologia por exemplo, você vê, tem duas psicólogas, elas fazem grupo, você acha que dá pra ouvir alguma coisa, ficar alguma coisa? Não! O atendimento tinha que ser mais individualizado”. (Cora)

Há diferença na forma como os setores masculino e feminino são geridos.

“O feminino eu acho muito bagunçado; já o masculino, tenho a impressão de que tem reunião de planejamento no masculino pra discutir quem vai de alta ou não... e... pra ver como que paciente tá, e discute caso por caso, o que cada um tem com a equipe multidisciplinar, tem enfermeiro, gerente, psicólogo, terapeuta ocupacional, aprimorandas e a enfermagem, e a médica psiquiatra do setor e a clínica contratada... Então dá pra conversar legal... Pelo menos no masculino isso é uma das grandes virtudes de lá, que tem um proveito bem grande”. (Júlia)

Xisto refere uma preocupação com a relação entre o número de leitos e o número de funcionários no setor. Ele teme uma volta ao um *status* anterior, em que há um aumento no número de leitos, consequentemente de funcionários, mas não acompanhada pelo aumento no número de funcionários no setor.

“Antes havia muitos pacientes para poucos funcionários, hoje há menos pacientes em cada setor, mas há uma tendência de aumentar o número de leitos e com isso “eu falei assim comigo mesmo 'ih, não vai dar certo!' é muito paciente! Porque paciente psiquiátrico não é brinquedo não ao mesmo tempo que ele tá bem, tá ruim também...”(Xisto)

Existe a impressão de que o trabalho no setor tenha ficado mais fácil, devido à relação entre o número de pacientes por número de funcionários, de maneira que é feita uma divisão de tarefas e funções, por outro lado, é exigido do funcionário que dê conta do cuidado integral do paciente.

“Eu achei que ficou muito mais fácil pra trabalhar... por causa da quantidade de funcionários por pacientes no setor [...] Pra mim a rotina desde que eu entrei no hospital continua a mesma, a não ser as mudanças que fizeram assim, de 40 paciente, agora tem 13”. (Élcio)

“Lá embaixo era 40 pacientes pra 2 funcionário. A gente sentiu um pouco, a gente viveu lá em baixo praticamente só com mulher, e quando a gente subiu pra cá e teve o homem, meu deus!” (Lúcia)

“Hoje eu sinto que há uma sobrecarga do serviço... por que por ser um setor de agudos, qualquer dos outros setores que tiverem problemas com pacientes mais agitados ou em crise solicitam a ida dos profissionais ajudar no manejo do paciente, sobrecarregando a gente no trabalho. [pergunta-se o porque disso] Os outros setores não tiveram treinamento para conter pacientes”. (Xisto)

O que há consenso é que houve diminuição do número de pacientes no setor e o número de leitos, com a junção dos setores masculino e feminino num mesmo pavilhão e isso foi relatado ora como uma mudança ruim, por sobrecarregar o funcionário com pacientes com necessidades diferentes, ou como uma mudança boa, pela diminuição de pessoas a quem deveriam prestar cuidados.

“o trabalho do auxiliar mudou muito, pra pior no sentido da unificação masculino e feminino. Outra mudança é a separação dos pacientes em setores segundo o diagnóstico e a condição do tratamento [dependentes químicos, primeiras internações, psicossocial]”. (Xisto)

Em relação ao próprio empoderamento enquanto categoria profissional, relatam sentir descontentamento com a mobilização política em prol da categoria e sua valorização.

“Eu acho que se a gente fosse mais unido na enfermagem [enquanto categoria profissional], a gente conseguiria muitas coisas boas pra gente”. (Júlia)

Mara, Xisto, Élcio, Marta, Simone e Lúcia, com mais tempo no setor relatam que no início de seu trabalho no hospital, não havia recursos mínimos suficientes disponíveis para o lidar com o paciente, citando a falta de roupas adequadas aos pacientes, de materiais de uso íntimo em quantidade suficiente, higiene do paciente deficitária, a qualidade das medicações, os hábitos de cuidado dos pacientes como banhos, refeições, dormitórios, referindo que eles eram “jogados”.

“era terrível! Não tinha roupa adequada, era roupa feia, azul, horrível, a comida também era ruim... as coisas vem melhorando dia a dia graças a deus”. (Xisto).

“houve uma melhora muito grande no hospital, houve muita melhora! A questão da humanização, a questão do cuidado, os cuidados integral que veio agora, é muito bom! (...) quando eu cheguei aqui, não tinha, a roupa era padronizada, as mulheres vestiam um vestido verde, que parecia uma lona. O mesmo que era o vestido, era o lençol e a calcinha. Então era grosseira, era uma roupa suja! Feia! Era muito mal lavada e feia. A gente conseguiu mudar essa roupa. A gente conseguiu começar a colocar abrigo no frio que não tinha, tinha aqueles roupas feitas, mas não tinha um abrigo pra vestir, uma calça comprida, elas não tinha uma bermuda bonitinha pra vestir, não tinha uma calça comprida pra vestir, as escova eram terrível, o pente, aí começou a individualizar os kit delas de higiene”. (Marta)

Hoje em dia, ao contrário, com avanços do acesso a medicamentos de alto custo pelo Estado, bem como a maior gama de medicações psiquiátricas disponíveis, parece-lhes que o tratamento do paciente melhorou, permitindo maior gama de possibilidades de intervenção. Entretanto, há dificuldade em encontrar o equilíbrio entre a necessidade do paciente com os medicamentos administrados, muitas vezes insuficientes na dosagem ou produtores de impregnação

“Até a medicação mudou muito! Hoje tem a medicação de alto custo em que o efeito colateral hoje é mínimo!” (Marta)

“há melhora dos quadros com a entrada de medicamentos como a clozapina e a olanzapina.” (Carlos)

Com relação a estrutura física do setor, relatam que por ser um prédio antigo, muitas instalações não são apropriadas para a necessidade de um hospital especializado em psiquiatria.

“Outro problema que existia antes e hoje mudou um pouco é o posto de enfermagem: pequeno e mal posicionado para o caso de uma agressão de pacientes, sem ponto de fuga, janela ou ventilador, uma porta que divida o paciente dos funcionários, isso dificulta o trabalho da enfermagem”. (Xisto)

Os entrevistados relataram que ver a melhora do paciente é fonte de satisfação. E, ao contrário, ver o paciente voltar para a internação é fonte de desânimo com o trabalho.

“é ruim ver o seu trabalho não dando resultado por falta de suporte no tratamento dos pacientes, acho que muitos pacientes perdem sua autonomia, quando poderiam ter mais autonomia ainda durante a internação, facilitando seu tratamento”. (Simone)

“Quando as pacientes saem de alta, melhores do que entraram, nó menina, parece que você se sente realizada, parece que é alguém da família que tá indo embora de alta, tá saindo bem... aí quando volta...mas recaiu de novo! [Isso a deixa] ó, não é bem desanimada, não...sabe... hum” (Rosa)

Foram notadas diferenças no contato com os pacientes entre os auxiliares e os outros profissionais que trabalham no setor, para os entrevistados, o auxiliar “põe a mão na massa”, segundo Xisto, ficando mais próximo do paciente, num contato sentido como mais direto que outros funcionários do setor (médicos, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais). Porém esse contato proximal é não poderia ser revertido em atendimento de maior qualidade pela rigidez dos papéis desempenhados na instituição.

“Eu posso levar lá fora, mas eu não posso dar atividade pra ele. Por exemplo jogos, eles gostam de fazer pintura, a gente não tem acesso a isso, só vai na terapia, as meninas gostam de fazer bijuteria, mas a gente não tem acesso no final de semana”. (Marta)

O apoio oferecido pelos colegas em momentos de dificuldades é fator de ajuda no trabalho, principalmente aqueles com quem tem mais tempo de trabalho em conjunto.

“eu acho assim, teve muita troca [de funcionários], mas o relacionamento com a minha dupla de plantão é muito bom”. (Lúcia)

Os entrevistados sentiram que falta apoio também da equipe de outros profissionais do setor e do turno. Há reclamações quanto ao número de funcionários

e de alguns deles, por faltarem, tratarem com desleixo o paciente, deixarem de atendê-lo em sua globalidade.

“eu tenho medo de trabalhar com alguém que não sabe conversar. Porque uma pessoa que não sabe conversar, ela agita seu plantão inteiro. Uma coisinha que você fala pro paciente psiquiátrico, ele agita o próximo plantão, os pacientes todos”. (Rosa)

Há queixas sobre a demora dos outros profissionais em atender os chamados dos auxiliares, medicar, dar atenção e ouvir os pacientes dificultando o trabalho no turno; principalmente à noite e em finais de semana.

“incomoda... a demora do médico em vir atender no setor, porque aí, as que tá dentro do quarto acorda as outra, aí o plantão Fica parecendo que é durante o dia...poucas que consegue dormir” (Rosa)

4.4. A vida pessoal e o trabalho

Os entrevistados que perceberam inter-relações entre um campo e outro da vida. Quando se refere ao cotidiano pessoal, os participantes relatam que assuntos como a criação dos filhos, parentes doentes e dinheiro são levantados como mais importantes. Nas mulheres entrevistadas, as questões dos afazeres domésticos são relatadas como fontes de criação de recursos para lidar no dia a dia do hospital.

“No meu trabalho é necessária muita paciência e eu acho que isso tem a ver com o fato de eu ter tido 3 filhos, você tem que aprender a lidar com essa situação dentro de casa, eu aprendi muito a lidar com o controle, sabe? Me controla, sabe, botar pano quente em um, botar pano quente em outro”. (Simone)

No relato dos participantes que tiveram a experiência de cuidar de familiares doentes, por vezes isso atrapalhou o trabalho profissional, tendo que fazer escolhas entre um ou outro aspecto da vida. Por outro lado, ter sido cuidador de parentes, ajudou a compreender melhor os pacientes.

“tive que sair do meu trabalho anterior por causa da minha mãe... [...] minha mãe também é deprimidona, carente, coitada aí, né... acho que fui gostando [de saúde mental]...” (Cora)

Os relatos dos entrevistados apresenta repercussões recíprocas entre aspectos da vida e do trabalho psiquiátrico, meios de relaxamento e lazer.

“No começo eu chorava muito pelo paciente, mas acho que hoje eu tou assim: coração duro, mas não por causa do serviço, mas por causa da minha vida lá fora. Eu acho que hoje eu não sou tanto, porque se você lida com o ser humano, tem que se importar!” (Lúcia)

Lúcia relata que no início do trabalho ela se emocionava com a condição vulnerabilizada dos pacientes, porém ao longo do tempo, teve experiências na vida pessoal que a levaram a mudar a visão sobre o sofrimento emocional, fazendo relações entre seus sofrimentos pessoais e dos pacientes.

“Essa semana passada fui passear, foi bom, foi 10, foi alegre, eu fiquei com mais paciência pra estar com os pacientes, pra ouvir...” (Cora)

Cora muitas vezes encontrou dificuldades em separar sua vida emocional e pessoal da vida do trabalho, entretanto quando podia relaxar e descansar, era capaz de fazer melhor essa separação, facilitando seu contato com as pacientes durante seu turno de trabalho.

Os entrevistados relataram que é há a necessidade de separar assuntos de profissão e de vida pessoal, Élcio relatou não perceber inter-relação ou influência entre vida pessoal e profissional, o que decorreria de sua intenção de manter afastamento entre ambas.

“Eu prefiro ter a minha amizade com o próprio funcionário do hospital lá fora, porque é diferente, por que lá fora a gente vai falar da vida da gente, do particular da gente, a gente não vai envolver saúde, não vai envolver hospital [...] Não acho difícil dividir o trabalho da vida social, a vida pessoal não deve influenciar em seu trabalho e isso é algo difícil de acontecer, porque vai ser difícil mudar minha personalidade”. (Élcio)

O tom da fala de Élcio pareceu mais como uma tentativa de ser profissional do que uma realidade possível. Não que estivesse mentindo, mas a maneira como

ele se colocou na entrevista, evitando assuntos pessoais deixou a impressão de ter algum aspecto defensivo do contato comigo envolvido nesse relato.

A mistura entre esses dois aspectos é sentida pelos entrevistados como geradora de uma situação de “doença”, apresentando uma visão de que o trabalhador da saúde mental deveria ser mentalmente saudável.

“O vínculo profissional deve ter uma barreira, ou você tá de um lado ou você tá de outro. (...) Por trabalhar na área de psiquiatria eu tenho uma noção de quem é louco e quem não é e com isso eu percebo que há pessoas que trabalham aqui e fora daqui que estão muito piores que os pacientes do hospital”. (Carlos)

“Alguns aqui se envolvem e levam os problemas do trabalho para casa e de casa para o trabalho. Eu não faço isso. Isso aí é muito ruim, tem problema pro hospital, pra ele e pra casa dele, né?” (Xisto)

Simone relata que teve problemas de saúde relacionados ao trabalho em psiquiatria, tendo que se afastar dele por um período. Relata que no decorrer dos anos de trabalho no hospital teve episódios depressivos e conta que da última vez “só me levantava da cama para ir trabalhar”, mas em outras chegou a se afastar do trabalho, chegando a precisar de medicação. Atualmente faz tratamento fora do hospital, dizendo que seu “problema é mais a ansiedade, o médico falou, e a ansiedade causa a depressão, eu sou muito ansiosa”.

Para dar conta da rotina de trabalho e pessoal, Lúcia, Simone, Xisto, Mara e Cora relataram que levar a vida pessoal com bom humor e tentar fazer com que o ambiente circundante fosse afetado por isso.

“Ah, eu sou assim sempre uma pessoa só... tanto aqui como lá fora eu sou uma pessoa só... gosto de levar a vida com bom humor, e tento fazer isso onde eu estou” (Xisto).

“As pessoas me falam que eu sou 'espirituosa', e sou mesmo, comigo não tem essas coisas... nhémnhémnhém!” (Cora)

Entretanto alguns dos entrevistados relataram que, também por vezes, quando chegavam em casa após um plantão, não conseguiam conciliar a rotina do dia.

“Antes se eu chegava lá [do trabalho em casa], sem dormir, eu saio daqui sem dormir, chego lá, às vezes fica mais 24h sem dormir, entendeu, e isso fez muito mal pra mim, e eu queria limpar a casa, é... encher os varal de roupa (...) eu não preocupava comigo (...) já

na hora que eu tou aqui, eu não me desligo, eu só me desligo a hora que eu chego em casa. Hoje eu saio, olho nos quartos, ando nos quartos pra ver se tem alguém dormindo, se tem, depois... aí eu chego em casa e consigo relaxar” (Simone)

Na continuação de sua fala, Simone relata que durante uma crise depressiva: “só me levantava da cama para ir trabalhar”. Ela demarca sente o trabalho às vezes como fonte de apoio emocional no cotidiano, mas também um peso difícil de ser carregado em momentos difíceis da vida.

Apesar disso, os participantes do estudo relatam que ter meios de relaxar as tensões do cotidiano ajuda a manter tolerância com os pacientes e o trabalho, mas nem sempre isso é refletido em saúde mental¹³ para os profissionais.

As férias e abonos são sentidos como esperanças de descanso, já a remuneração por insalubridade foi relatada como um fator que contribuiu para a continuidade do trabalho. O fator monetário não foi colocado em questão, mas o fato de ser um serviço público foi apontado como um fator de segurança, mas não de motivação para o trabalho.

“Eu gosto de [praticar esporte]. Só não estou tendo tempo de fazer isso. Apesar disso, tou conseguindo ter um tempo de lazer, ainda não tenho tanto, porque às vezes eu prefiro ficar em casa dormindo do que sair, porque no outro dia eu tenho que trabalhar de novo. Eu prefiro ficar em casa lendo, mas como eu preferi descansar no tempo que eu tenho livre, tá sendo bom, porque eu gosto bastante de ler... e de vez em quando é bom ficar sozinha, mas não sempre” (Júlia)

Os participantes apontaram como positiva a mudança de valores no contato com a realidade do hospital especializado em psiquiatria e com os pacientes internados, ampliando os aprendizados adquiridos no trabalho, sendo transportados para a vida pessoal, a partir de momentos de autorreflexão.

“A gente olha pra trás e vê tanta coisa... [sente-se emocionada]... a história de vida das pacientes, às vezes sofrida, às vezes abandonada pela família... faz a gente pensar né?” (Marina)

¹³ “A Organização Mundial de Saúde afirma não existir definição "oficial" de saúde mental. Assim, saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional, podendo incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais". Extraído do site: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059> , em 08/05/2012.

Por outro lado, há relatos de pessoas com quem os entrevistados se relacionam, que num primeiro momento se afastaram do contato com eles ou propunham que não trabalhassem em hospital especializado em psiquiatria.

“Muitos falavam para mim 'Você vai trabalhar no hospital de louco', mas os outros não sabem como é aqui dentro”. (Xisto)

Outros elementos de transposição entre a vida dentro e fora do trabalho são nomeadamente a profissão de cuidador, principalmente do campo da psiquiatria, que permite que haja ajuda não só dos pacientes internados, mas também vizinhos e amigos, bem como o aprendizado sobre novas coisas.

“Tem gente que me pergunta qual a informação correta, eu oriento. O pessoal que mora ali na periferia, estão sempre perguntando, né?” (Marta)

Alguns participantes tinham outras atividades além do trabalho no hospital, esses vínculos se revelaram importantes no cotidiano dos entrevistados, nesse sentido, eram apresentados como tendo influência no modo como encaravam o trabalho no hospital.

Carlos, Rosa e Cora chegaram a mudar o turno de trabalho no hospital para poder dedicar-se a projetos pessoais como: estudar, trabalhar em outro lugar, fazer trabalho voluntário, frequentar espaços de cuidado, ter tempo para atividades rotineiras; o que em outro turno não era possível. Essas atividades eram vistas como fonte de realização pessoal mais importante que a realização profissional, permitindo-lhes “desligar-se” do trabalho do hospital.

“Auxiliar, pra você saber, não vou dizer que é um bico, mas é uma situação bem mais cômoda, né?” (Carlos)

Carlos tem outra profissão, entretanto ser auxiliar de enfermagem serve como uma forma de garantir seu sustento diário. Simone, Rosa e Lúcia relataram que algumas vezes ao longo de suas carreiras lhes ocorreram pensamentos de preocupação com relação ao paciente quando saía do turno no hospital, dependendo do funcionário que assumia o plantão seguinte.

Alguns deles relataram sentir-se estressados porque tem trabalhado com pacientes psiquiátricos também fora do trabalho, ainda que não seja numa unidade especializada no cuidado com essa população.

Sobre a percepção da própria vida mental, Simone expressa algo que fica claro ao longo das entrevistas com os participantes do estudo: uma auto percepção sobre o sofrimento mental comparada com a visão sobre o sofrimento mental do paciente, os auxiliares se veem com sentimentos muitas vezes próximos dos seus pacientes, mas ao contrário deles, relatam-se fortes, contrapondo força e saúde a fraqueza e doença mental no lidar com a realidade circundante. Existe um inquietamento com relação as angústias mais internas, mas ao mesmo tempo um distanciamento delas com o medo de descontrole e enlouquecimento.

“Eu acho que eu sou uma pessoa forte, posso até nem ser, porque eu não sou, mas eu acho que eu passo isso pras pessoas, mas eu também sou fraca, eu também choro, eu também tenho os meus momentos de tristeza, sabe, meus momentos difíceis, eu não sou tão forte igual a minha família às vezes pensa que eu sou, sabe? Então se for pensar tudo o que eu passei, depois que eu me casei, então eu acho que eu sou assim, forte, viu. Eu tenho que ser forte, mas eu não sou. Só que eu acho que, assim, tudo o que eu faço é com tanto amor e carinho que eu sou forte!” (Simone)

Existe no relato dos entrevistados a vontade que exista alguma avaliação das condições mentais para o trabalho com os pacientes psiquiátricos.

“Agora o funcionário mesmo, eu vejo que não tem apoio nenhum, nenhum. Por ser hospital psiquiátrico, eu acho que pelo menos uma vez no ano, na época das férias, ter avaliação psicológica, né?” (Xisto)

Sobre a existência de algum apoio psicológico para o trabalho, os entrevistados relataram a necessidade de algo ser feito nesse sentido, proporcionado pela instituição. Essa parece ser uma preocupação do hospital e dos funcionários, embora não haja muitas iniciativas ou espaços institucionais nesse sentido.

“Começou a ter atendimento para os funcionários, mas há certa resistência quanto a adesão dos funcionários, eu acho que se os funcionários tivessem acompanhamentos psicológicos seria muito bom”. (Carlos)

Há quem faça propostas sobre como poderia ser esse tipo de apoio, entretanto, quando perguntado se desejavam algum apoio naquele momento,

apenas Lúcia aceitou; Mara disse que fazia acompanhamento, Simone e Xisto já haviam tido algum acompanhamento psicoterapêutico, e até psiquiátrico.

“pelo menos uma vez por ano alguém que viesse conversar assim com a gente. Todo o pessoal que trabalha na psiquiatria, esse ano fizeram exame [hemograma, exame admissional, CAT] em todo mundo, mas assim, foi a primeira vez, porque nos outros anos...” (Lúcia)

Os outros permaneceram atribuindo as dificuldades psicológicas ao ambiente de trabalho, falta de suporte institucional.

“[...] Toda instituição, independente de ser hospital psiquiátrico ou não, como toda profissão, tinha que ter um psicólogo pra te ouvir, pra você desabafar... pra vc falar das suas angústias, do seu trabalho... pra ouvir mesmo! de repente, entendeu... te ouvir e de repente te dar uma clareada, uma abrida de mente, tal...mas acho isso o ponto principal, porque como que eu vou cuidar de alguém se por exemplo eu tou mal, tou sem rumo, tou desnorreada? [...] O paciente tem um horário e nós? Se a gente vai procurar [o psicólogo do setor] parece que foge... é difícil, falta um apoio”. (Cora)

Uma repercussão relatada pelos entrevistados dessa falta de apoio é o alto índice de absenteísmo e rotatividade dos auxiliares de enfermagem.

“tem muita gente aí pedindo afastamento, pedindo demissão... desculpa a expressão, mas até as próximas férias, a gente já surtou, 'desurtou', surtou de novo... não vale de nada...” (Cora)

Apesar disso, não são só apoios especializados em psicologia que são necessários, outras características apontadas como importantes foram: ter uma válvula de escape, desabafar com alguém.

“Ainda não tou louca não, as pessoas de fora falam que quem trabalha com paciente mental vai acabar ficando igualzinha, eu posso até não perceber como eu sou de fora, mas eu acho que eu não estou nesse estágio ainda não! Eu não me sinto descompensada!” (Marina)

Outro fator importante foi a influência da religião/espiritualidade como componente importante no lidar com os problemas cotidianos. Esse campo pareceu ajudar a dar sentido em aspectos importantes na vida dos entrevistados.

“Eu acho que as pessoas nascem com um dom. E o fato de as pessoas me procurarem, da minha família vir me procurar, sabe, até

os vizinhos mesmos me procuram pra saber de alguma coisa... eu acho que... não sei... a gente vem com uma missão, com um dom e você tem que acatar ele!" (Simone)

"A religião me ajuda no meu contato com os pacientes. Eu acho que tenho mais tranquilidade, porque eu não sou uma pessoa agitada, eu não sou agitada assim, quando eu pego meu serviço, eu pego o serviço, mas tem... terminou, terminou... sabe, eu acho que ajuda sim" (Rosa)

Numa situação de fuga, Xisto relata ter rezado por um paciente que, naquele momento se colocava em situação de risco, dizendo "O Jesus, proteja esse cidadão!", Já Lúcia relata que a religião a ajuda no contato e cuidado com os pacientes e no trabalho, dizendo que entrou em contato mais aprofundado com a religião que professa hoje no próprio hospital, por meio de uma colega que, na época trabalhava no hospital.

Para Cora e Júlia, o trabalho com pacientes psiquiátricos traz à tona questionamentos sobre o campo espiritual esensório, muitas vezes experienciados pelos funcionários como fonte de medo.

"Teve uma vez que... chego a me arrepiar de contar... nem era aqui ainda, era lá em baixo... uma das pacientes chegou, tava eu e mais uma... era 23:30, ela tava toda agitada, gritando e falando 'não... não me amarra não...' aí, a gente teve que conter... amarrar mesmo, pra ela não se machucar... aí... dá até arrepio de lembrar... aí nós amarramos ela e ela gritou que ia se desamarrar à meia noite. Nós na hora nem demos bola para aquilo, mas não é que meia noite ela veio falar com a gente, desamarrada... nossa... depois daquilo... eu morro de medo dessas coisas"(Lúcia)

Está relacionada a compreensão do paciente e de sua doença sob a ótica espiritual, entretanto segundo os entrevistados, o contato com os pacientes via de regra não deve perpassar a questão religiosa/espiritual, entendida como algo próprio da experiência de cada um.

"Não gosto de tocar nesse assunto com paciente não, mas acho que ajuda sim" (Élcio).

Para Élcio, cada paciente tem uma religião e ele prefere não tocar nesse assunto para não entrar em conflitos com os pacientes.

4.5. A reforma psiquiátrica e o serviço oferecido no hospital

A reforma psiquiátrica introduz a ampliação da visão de tratamento dado ao paciente, se estendendo para a visão do trabalho em equipe do serviço.

“Mudou o jeito de atender o paciente, antes era separado as atividades, hoje a divisão é por paciente”(Marina)

“Agora você cuida dele num todo, porque antigamente um pegava e dava medicação, outro pegava e dava o banho, hoje não, hoje você faz tudo!” (Marta)

A maneira como é feita a introdução de novos conceitos se faz também pela troca de funcionários ao longo do tempo trazendo mudanças na forma de atuação da enfermagem.

“No início era difícil porque os funcionários anteriores tinham um estilo de trabalho, a maioria tinha trabalhado só no hospital psiquiátrico e eles tinham uma visão diferente do paciente. 'paciente não tinha muito que querer'”. (Mara)

Entretanto, os relatos estiveram mais ligados a uma visão médico biológica, reproduzindo o discurso médico do saber sobre o paciente, nem sempre percebido dessa maneira, mas inerente na fala do entrevistado. A conversa “normal” versa sobre prescrições, misturando-se com o interesse sobre a vida do paciente, ainda que de maneira distante.

“A conversa é de amigos, assim pergunto da saúde deles, como que ele tá, se tá tomando remédio direitinho, não pergunto se tá indo no médico ou não, pergunto se tá trabalhando, uma conversa normal” (Élcio)

Mas também houve visões que partem do pressuposto de que a doença resulta da falta, também, de componentes afetivos positivos por parte da família.

“Todo mundo fala que 'louco é louco', louco não é louco, vamo buscar o que aconteceu, vamo buscar lá atrás”. “As pessoas discriminam muito os pacientes psiquiátricos”, dizendo que “é uma doença” . (Simone)

Assim, os entrevistados trazem, na sua fala, a confluência de valores diferentes acerca dos pacientes, convivendo compreensões novas e antigas, misturadas a críticas trazidas pela reforma psiquiátrica no país com relação às práticas de cuidado em psiquiatria.

“A história é que eles eram muito judiados, que eram vistos como bichos. A gente até aprendeu isso e tinha choque, um monte de coisa. Eles não deixavam eles serem seres humanos, eram vistos diferente. Acho que já melhorou bastante, né? Assim, agora eles são encarados como pessoas normais. E agora tem mais cuidado geral com o paciente”. (Júlia)

A visão sobre o cuidado, no entanto, remete à necessidade de um tratamento individualizado para o paciente, mas que encontra dificuldade de integração no tratamento multidisciplinar. Nesse sentido entendem que é um campo que vai se ampliando à medida que avançam os conhecimentos em saúde mental, os recursos disponíveis e a visão sobre o objeto da psiquiatria: o paciente, o transtorno, as relações estabelecidas entre eles.

“Eram desrespeitados não porque a instituição queria, mas porque não tinha condição de trabalho, a medicação não era a medicação que tem hoje”. (Carlos)

O contato com o paciente passou por mudanças também quanto ao processo socializador do paciente, incorporado como parte da função do trabalho em psiquiatria.

“Os próprios pacientes passaram a se ver de maneira diferente, com direitos. Tinha paciente que tinha medo de sair do hospital. É função do auxiliar ajudar o paciente, nos cuidados, nas conversas. Era uma situação muito deprimente. Você ficar fechada das 5 horas da tarde até as 8 horas da manhã do dia seguinte”. (Mara)

Há relatos de abandono de práticas de enfermagem, hoje consideradas inadequadas e cruéis. Dos entrevistados com mais tempo de profissão e formação, apesar de terem conhecido essas práticas – e muitas vezes, aprendido como fazer – há uma percepção crítica sobre seu uso.

“Quando eu vim pra cá, não tinha mais aquele negócio de... choque... eu acho a coisa mais estúpida do mundo... eu aprendi e vi... fazendo... você vai pro centro cirúrgico, chega anestesiado... mas antigamente, era um paninho com sal que vc passava pro choque ser

maior, menina! punha nas têmporas, punha as placas, ligava o choque, o paciente tomava aquele choque que ele sentia... gritava! na boca você punha um negócio pra ele não morde a língua (faz o gesto com a boca), porque senão ele arrancava de tanta dor! é muito estúpido! e hoje em dia, você vê, muda muito, hoje continua o choque, o choque é muito bom... mas é anestésico, já vai pro centro cirúrgico anestesiado!, mas tem paciente morre de medo... vc Fala, vai tomar um choque, eles... sabe... têm medo, porque já tomaram... mas daquele grosso, da Forma grosseira, mas que hoje não se faz mais... “ (Rosa)

Os entrevistados apontam que, por meio da vivência na área da saúde mental, percebem que o campo da psiquiatria é um campo que carece de atenção dos órgãos de gestão pública, mas que isso tem mudado ao longo do tempo, por causa da reforma psiquiátrica.

“A saúde como um todo tá do jeito que tá porque não tem atenção [das políticas públicas], a psiquiatria ainda mais, é uma área esquecida, é uma área esquecida, isso sim... é difícil... hoje melhorou muito, porque os pacientes hoje têm um cuidado melhor, mais humanização... (...) antes não...” (Cora)

No que diz respeito ao sistema extra-hospitalar, os relatos dos entrevistados apontam para deficiências que perpassam a falta de continuidade no plano de intervenção com o paciente, comunicação entre os diferentes serviços, bem como a demora no atendimento entre uma consulta e outra, momento em que os pacientes perdem o contato com o atendimento ambulatorial e do CAPS, ficam sem medicação e voltam ao processo de surto, gerando nova internação no hospital, unidade de emergência, ou hospital geral.

“Ele sai bem, mas aí chega no CAPS o médico de lá muda a medicação, ou a pessoa não tem pra onde ir, sai com um jeito de tratar, vai lá e muda tudo... sabe é complicado! Se existisse um jeito fazer os médicos conversarem... porque eles podiam fazer uma reunião e traçar, sei lá, fazer diferente, mas não, isso não acontece...” (Cora)

“história da psiquiatria é muito mais ampla, é mais... não é só a internação, os CAPS. Não. É internação, é CAPS, é família, é funcionário, é psicólogo, é todo um conjunto, sabe, é o gerente, sabe, é uma coisa que pra funcionar é uma coisa que tem que ser bem mais perto, bem mais aconchegante”. (Simone)

“Tem [respaldo do serviço de saúde mental] quando tá aqui dentro, mas depois que sai lá fora eles não tem mais o serviço assim, de continuidade, por isso que eles para de tomar remédio, porque o encaminhamento que eles tem é de ir no psiquiatra lá fora, mas é

também uma vez por mês que ele vai [...] é nesse intervalo entre uma consulta e outra que atrapalha o atendimento”. (Élcio)

Apesar de mudanças inseridas pela da reforma psiquiátrica, como a redução do número de leitos e período de internação, é relatado alto número de reinternações e recaídas dos pacientes.

“É um absurdo o alto índice de re internação dos pacientes, resultado do trabalho desintegrado do sistema serviço psiquiátrico, tipo, CAPS, médicos, enfermagem, psicólogos, hospital, gerência. Acho que o cuidado com os pacientes se estende a inserir em uma rotina que seja próxima da sua rotina fora da internação”. (Simone)

“muito difícil ter um paciente assim... que você ainda não viu, a primeira internação, agora tá tendo, mas... sabe, sabe...(levanta-se e me mostra o mural com as pacientes) quantas aqui a gente já conhece de bastante tempo...” (Rosa)

4.6. O manejo do paciente na rotina do hospital

A rotina se organiza pela preparação para o trabalho e aproximação gradual do paciente.

“Eu falo oi, bom dia, boa tarde, já tomou remédio hoje? Já foi no médico? Voltou no retorno...” (Marta)

“A rotina é chegar, ver se estão todos os pacientes aqui no setor, depois a gente separa as medicações, depois a gente conversa um pouco com os pacientes...”(Cora)

Possíveis interferência nessa espécie de “ritual” de encontro com o paciente parece fazer com que haja misturas entre os dois mundos – o mundo pessoal e profissional, o cotidiano de dentro e de fora do hospital – , como na fala de Cora que relata que, quando se deparou com problemas pessoais na entrada do trabalho, sentiu-se perturbada e sem paciência, logo buscando voltar a si, mas sem conseguir completamente.

O cuidado do paciente envolve o relacionamento profissional mediado pela técnica da medicação, criação de rotina e convívio com o paciente

“Então a rotina é a mesma, é medicação, arrumação de leito, todos os leitos, só que a diferença é que (no feminino) as meninas de manhã deixam elas arrumarem, lá (no masculino) nós que arrumamos, cada leito. Medicação é individualizada, porque varia de cada paciente, e aí segue as orientações do médico, se é pra 'masserar' ou não, observar se ingeriu a medicação, isso é com todos, às vezes dá a medicação na mão, observo um por um na hora da administração, é... verificar sinais vitais, café, caminhada, anotação e atendimento médico, e reunião de planejamento médico”. (Júlia)

Com relação a necessidade dos pacientes, a rotina adequa-se à necessidade dos pacientes, embora haja respeito a normas de convívio entre os pacientes, organizadas pelo hospital.

“eu não falo nem as 22 duas, eu gosto depois da novela, porque muitas gostam de assistir novela... é o horário, acabou a novela é o horário que eu falo 'vamo dormir, vamo pra cama', sabe, aí eu falo 'não é hora mais de ficar aqui, vamo tentar dormir, relaxar...' após a novela, porque elas gosta, né? eu deixo elas ve a novela... pode ver que elas tão vendo a novela... tão lá na sala e quando termina a novela eu já ando aqui, apago a luz, já fico mais quietinha aqui, falo mais baixo pra elas dormir e criar um clima pra elas dormir... é...quando elas tão bem medicadas, funciona...” (Rosa)

Aponta-se para uma intercomunicação dinâmica entre funcionários e pacientes de acordo com a necessidade do paciente, seu gênero e as possibilidades disponíveis para o cuidado.

“a rotina muda de acordo com as necessidades do paciente, ora ele está bem, então o manejo é mais medicação e conversa, ora ele “surta”, então há necessidade de contenção – seja verbal, química ou física”. (Xisto)

Um aspecto que é relevante no cotidiano de trabalho é a divisão do cuidado com os pacientes entre os funcionários do turno, como referência para o cuidado integral do paciente. Essa divisão é sentida pelos entrevistados como facilitadora do serviço, entretanto, há relatos de que quando funcionários do turno faltam ao trabalho, há sobrecarga do serviço, ou mesmo, apesar de o vínculo entre paciente e funcionário ocorrer no nível pessoal, há relatos que a divisão dos pacientes acaba por se fazer ineficaz, também sobrecarregando o funcionário durante o turno.

“Por um lado é legal dividir os pacientes, você consegue conhecer melhor, consegue observar as melhoras, as pioras, o quadro dele; por outro, os funcionários faltarem e sobrecarregam o serviço, ou não fazer a parte que é deles como deveria ser feito”. (Marina)

Outro elemento importante do contato com os pacientes, é a necessidade de contenção dos pacientes em momentos de maior agitação e/ou agressividade, seja para conter a angústia do paciente, seja para conter a angústia do funcionário. Ainda que procedimento seja visto como uma medida necessária de proteção ao paciente, sua aplicação não é acompanhada com tranquilidade; além disso, no relato dos funcionários entrevistados, seria necessário o uso de critérios, nem sempre observados por todos os funcionários.

“Acho que num surto tem que ser a primeira [a contenção química]. Acho que tem que controlar a mente dele pra ele poder melhorar. Mas infelizmente não tem como fazer isso. A contenção química depois a física. Às vezes ele tá muito agitado e se eu não conter ele eu não vou conseguir medicar ele. Por isso que eu falo que na teoria é uma coisa e na prática é exatamente o oposto”. (Júlia)

“... dependendo do paciente, assim, da agressividade do paciente eu acho necessidade sim. Porque tem vezes que se você não contém, ele vai te bater, ele vai se machucar, vai machucar outras paciente, então é por segurança dele e da gente, então há necessidade sim, mas mesmo assim eu não gosto de ter que amarrar[...] dependendo do colega que tá com vc, contém pra... tsc (faz careta, reprovando)... pra ficar livre, sabe, ou o paciente tá enchendo o saco... às vezes eu não vejo necessidade e tem colega que gosta de contenção sim, eu não gosto... sabe... eu acho muito agressivo... mesmo elas estando agitada, mesmo, porque precisa, não tem jeito, eu acho...” (Rosa)

Por meio da contenção se protege o paciente de si mesmo ou os outros pacientes de agressões, às vezes é como uma contenção simbólica em que se coloca limite na atuação do paciente. E isso é visto como positivo.

“mas a contenção aí é simbólico, nem precisa apertar forte... nem precisa colocar força na contenção, é mais é simbólico, não tem nem força pra se desamarrar quando tá sonolento... eu vejo como positivo, porque eu tenho experiências que eu vi que deu certo, eu vejo como positivo” (Cora)

Um tipo de contenção considerada eficiente é a contenção por meio do manejo, a fala e a colocação de limites para os pacientes.

“Você tem que colocar um certo limite, se ele passar do limite dele você vai chamar ele na chinha, porque não dá, mas é assim, assim, assim... você não vai deixar ele passar do limite dele, não é porque ele tá chato hoje, que vai poder estar no outro, no outro. Não! Ele vai ter que ter um limite!” (Marta)

O modo como alguns entrevistados entendem a contenção e a emoção despertada nessa atividade faz ter uma impressão de que se desumaniza o paciente – disso deriva a identificação com ele –, entretanto, os entrevistados percebem a importância da atitude no que se refere à proteção dos pacientes.

“... Eu acho uma agressividade! eu contenho, mas às vezes, tem vez que eu chego a quase chorar (...) mas mesmo assim eu não gosto de ter que amarrar, parece que eu tou amarrando um bicho assim, é meio estranho sim... (risos)” (Simone)

Entretanto, há relatos de que nem sempre há necessidade dessa contenção física, porque a reação do paciente não se justifica.

“... às vezes eu não vejo necessidade e tem colega que gosta de contenção sim, eu não gosto... sabe... eu acho muito agressivo... mesmo elas estando agitada” (Rosa)

Outra situação relatada pelos profissionais entrevistados é a mudança na forma como se dividem os plantões e os vínculos de trabalho, sejam eles remunerados¹⁴ ou não ou por acúmulo de função no hospital. De maneira que para alguns isso aumentou o tempo de serviço sem igual aumento de valorização dentro do serviço ou financeira.

“Outro problema é a extinção de plantões remunerados de 12h [aos sábados, domingos e feriados nos dias de folga, passando a ser um plantão como qualquer outro] no setor masculino por causa da diminuição de pacientes”. (Xisto).

Um outro aspecto apontado na rotina do trabalho foi a necessidade de uma postura de vigilância maior no período da noite no período de junção entre os gêneros no sentido de coibir relacionamentos sexuais entre os pacientes. Essa necessidade foi sentida tanto no período diurno quanto no noturno, mas neste último, com mais intensidade.

“Eu peguei aqui quando era homem e mulher junto. Foi péssimo, foi uma tentativa que foi feita, mas não deu certo, foram uns 2 meses só. [...] Aí começaram a um querer namorar o outro, um brigando com o outro, foi muito difícil. Foi quando fizeram essa separação [por meio de uma porta, separando os gêneros masculino e feminino] aí eles ficaram só nas refeições junto e os passeios”. (Mara)

¹⁴ “Remunerados” é o termo que os entrevistados usaram para os plantões realizados fora da escala normal de trabalho, ligados a uma remuneração extra ao salário pago pelo hospital.

As reações dos funcionários entrevistados com relação a junção dos gêneros em um único setor de agudos foi diversa: aceitando com naturalidade, outros advertindo que o hospital não era lugar desse tipo de relacionamento, outros preferiram não falar no assunto.

“se eu pegar, sinceramente, eu vou falar 'vamo ser mais discreto, vamo esperar anoitecer mais, depois vocês faz', finjo que eu não vi... eu sou mais assim, só que tem o seguinte, já consumiu (SIC) o fato, já consumiu (SIC), se não aconteceu nada, eu não vou deixar, porque (...) aqui não é lugar disso, 'hora que vocês saírem lá fora, vocês conversa. respeita o meu trabalho, porque vocês estão na minha responsabilidade' essa seria uma orientação minha”. (Cora)

“se as pacientes estivessem com outro nível, não nesse nível que nós estamos com elas agora... até poderia a gente abrir a porta e a gente trabalhar em três... mas no nível que tá essas aqui agora não dá, é impossível...” (Rosa)

“era uma bagunça! Eram 26 pacientes mulheres e 16 pacientes homens... não é fácil segurar 16 não, porque aqui é muito grande” (Lúcia)

A visão sobre o comportamento sexual dos pacientes, durante o período de internação é de que a pessoa a hipersexualização é entendida como sintoma de seu transtorno.

“Não gostei da junção entre pacientes agudos femininos e masculinos, por conta do contato sexual, eles confundem, por conta dos sintomas de hipersexualidade” (Xisto)

Sobre a questão de contatos homossexuais que possam ocorrer nos setores, os relatos são ambíguos, ora fazendo julgamento sobre a questão, ora buscando uma postura mais compreensiva.

“Às vezes rola... Ai complicado, bem complicado... complicado porque você não sabe até onde... dar um sermão ou não... nem é sermão, dá uma orientação...” (Cora)

Há, entretanto, a dificuldade de conversa entre gestão e funcionário sobre a questão da sexualidade.

“Olha, eu quando eu entrei aqui foi passado pra gente que é uma coisa que não é discutida. Não, nunca foi, a não ser assim, se for uma queixa muito grave, mas no tempo que eu trabalhei aqui nunca, não me lembro”. (Mara)

4.7. A visão sobre o paciente e sua família

O primeiro impacto vindo do contato com o paciente psiquiátrico e os preconceitos se modificam ao longo do tempo de trabalho, mas também se atualiza por meio da educação/veiculação social de saberes sobre o paciente com transtornos mentais.

“Tinha muito medo dos pacientes, no início, sentia que os pacientes eram abandonados. Quando falava que ia trabalhar em hospital psiquiátrico, muitos falavam para mim 'Você vai trabalhar no hospital de louco', mas os outros não sabem como é aqui dentro”. (Xisto)

“O primeiro impacto ao chegar no hospital foi um choque pra mim por causa do jeito que o hospital era, os pacientes, todos sujos, o cheiro das alas... hoje eu me sinto bem melhor, acho que eu me acostumei... agora é tranquilo”. (Marina)

“O começo foi chocante! Eu fiquei porque eu precisava, no primeiro dia que eu vim eu fui conversar com o enfermeiro chefe primeiro, aí eu fui e passou na janela um homem pelado, (...) aí eu me perguntei 'oh meu deus, onde eu vim parar!’” (Lúcia)

Os entrevistados se referiram sobre os pacientes como doentes, pacientes, dementes, loucos; entretanto reconhecem o momento de crise como um momento de dificuldade, fragilidade nesse sentido, necessitando de cuidados diferenciados, condescendência com relação a suas ações.

“Tem paciente que é racista, que maltrata que é uma coisa na hora do surto, mas depois, pede desculpas pelo que aconteceu, ou pelo que falou ou fez. Quando o paciente faz isso, ele não tá bem, precisa de tratamento. Tem até paciente que na hora do surto ajuda a separar, vai e conversa com o que tava gritando...” (Xisto).

No relato dos entrevistados, a conversa com os pacientes era descrita como prazerosa, fonte de satisfação no trabalho.

“Gosto de conversar com as pacientes, de saber da vida delas” .
(Marina)

“Eu gosto de conversar com elas... é que elas conta história, nossa, sabe, elas conta coisa que... às vezes não conta pro médico...”
(Rosa)

“Por isso que eu te falo às vezes da honestidade deles, da transparência... de um esquizofrênico, por exemplo: é aquilo mesmo?é aquilo mesmo que eles estão sentindo. É genuíno. É aquilo mesmo...tá carente ele tá, se tá bravo, ele vai te falar...” (Cora)

Há criação de um vínculo emocional com o paciente, entendido como componente no tratamento dele. Essa vinculação é entendida como componente prioritário de ajuda ao paciente. Assim, o contato com os funcionários se aprofunda ao longo do tempo, facilitando o entendimento entre eles.

“Pra mim é muito importante [o contato com o paciente] porque eu vou saber mais ou menos lidar com ele. Se é só um contato superficial eu não vou saber como lidar com ele (...) orientar pra tomar remédio, se ele tem família, se não tem, se sabe ler, se não sabe”. (Marta)

Mesmo fora da internação, existe o relato de que é prazeroso o encontro.

“eu encontro... encontro com elas na rua... é... 'tia', umas quer beijar, quer abraçar... quer saber quem tá e quem não tá... 'vc tá bem...' nossa eu adoro quando encontro com elas...'tá tá, como que vc tá'... ah eu amo quando encontro eles fora...”(Rosa)

Mas há pacientes que não gostam desse contato fora do hospital, não cumprimentando os funcionários quando os veem.

“às vezes tem paciente que não cumprimenta, passa reto”. (Lúcia)

Entretanto, um certo desprazer acontece quando limites profissionais não são respeitados. Existe, então, ambigüamente certa postura de acolhimento desse paciente, no sentido de prescrição da continuidade do tratamento fora do hospital. Os encontros são narrados com certa distância, mantendo a postura profissional. Aqueles que relataram ter misturado as duas funções, relataram ter tido dificuldades na colocação de limites nessa relação. Como por exemplo Lúcia, que conta ter passado seu telefone para uma paciente e ela ficar ligando em sua casa, isso fez com que deixasse de adotar essa prática.

Foram referidas diferentes necessidades e características de cada um dos pacientes e por isso houve relatos de dificuldades no lidar com eles quando juntos.

“Elas sugam muito a gente”. (Marina)

Principalmente pacientes drogaditos em convívio com pacientes com diagnósticos diferentes, descritos pelos entrevistados como “psiquiátricos”¹⁵.

“O louco que é louco mesmo, ele sofre diferente do drogado”.
(Carlos)

Os relatos dos entrevistados são de que os pacientes drogaditos são difíceis por que eles têm a característica de testar limites do funcionário. Esse contato é dificultado no período em que o paciente está em abstinência além de suas características de personalidade. Assim, é mais trabalhoso misturar pacientes com diferentes características diagnósticas e de personalidade.

“O drogado tem uma capacidade mental muito maior que a do louco, que é reduzida, né? [...] o paciente “louco” é um paciente carente que necessita de vínculo próximo, com uma história de vida que o trouxe a internação e o fez louco.” (Carlos).

É relatado que muitas das internações no setor de pacientes drogaditos são judiciais, vistas com reserva, posto seu caráter compulsório, a duração das internações e a demora da alta, condicionada ao juiz e não ao hospital. Os auxiliares relatam a dificuldade de manejar com esses pacientes, pois muitas vezes ficam internados por longos períodos, mesmo estando em condição de alta, eles geralmente acabam por ser transferidos para outro setor, não ficando mais em internação junto com os pacientes agudos.

Em situações de ataques de agressividade contra os funcionários, tanto homens quanto mulheres, nesse período tornam-se muito diferentes de seu jeito rotineiro, sentindo-se culpados depois do acesso de raiva e agressão e pedindo desculpas aos funcionários depois da crise.

“Tem paciente que é racista, que maltrata que é uma coisa na hora do surto, mas depois, pede desculpas pelo que aconteceu, ou pelo que falou ou fez. Quando o paciente faz isso, ele não tá bem, precisa de tratamento”. (Xisto)

Convive com essa visão o reconhecimento do usuário do serviço como uma pessoa detentora de direitos, evidenciando influências da concepção psicossocial sobre

¹⁵ No contexto das entrevistas e do linguajar dos entrevistados, foram chamados paciente “psiquiátrico” ou “louco”, “demente” entendido como o paciente que apresenta sintomas psicóticos ou de humor, diferente do paciente “drogado”.

a saúde mental. Essa visão é representada na pela percepção de que o paciente é uma pessoa normal, que não está bem e que precisa de cuidados individualizados.

“Então cada um é cada um, não é todo mundo igual, então você tem que saber lidar com cada um deles!” (Marta)

Os entrevistados percebem com condescendência algumas características dos pacientes, relevando algumas atitudes, por considerarem efeito da situação de crise.

“É diferente trabalhar com um paciente que tá consciente e orientado te humilhando e aquele que é doente mental, porque a hora que ele melhorar, ele vai te agradecer”. (Xisto)

Embora alguns dos pacientes façam uso dessa condição para terem ganhos secundários.

“Nem todos precisam da internação, alguns fazem uso para conseguir aposentadoria. Alguns vem com perícia agendada antes da internação”. (Marina)

De acordo com os entrevistados, o setor de agudos tem passado por mudanças quanto ao perfil dos usuários do serviço, caracterizando-se por pessoas jovens, com menos tempo de internação, embora haja aqueles que são internados muitas vezes seguidas. Élcio, Xisto, Carlos relatam que o perfil do paciente e da internação mudou, acarretando mudanças no contato com os pacientes.

“Hoje no agudos há uma rotatividade, não é mais o louco que eu tava te falando, é mais o drogadito da vida”. (Carlos)

“apesar que hoje tá pegando mais drogado, porque os drogados são mais difíceis, são mais adolescentes, jovens. Porque quando está sem a droga, a fissura da droga deixa eles mais estressados. Um briga muito com o outro, pessoal adolescentes, né? Então eu acho mais difícil isso”. (Mara)

Nesse sentido Xisto fala que os pacientes drogaditos têm a característica de serem mais manipuladores que os pacientes “psiquiátricos”, porque o paciente não é mais o psicótico de antes, ele é segundo Xisto, “consciente orientado” (no que diz respeito ao exame do estado mental).

Os pacientes drogaditos, pela melhor condição de contato com a realidade, estarem internados à contra vontade, ter um aspecto impulsivo importante têm a

tendência maior de se rebelarem durante a internação e muitas vezes usam de manipulação para conseguir coisas, fazer motins, aumentando a dificuldade no lidar com o paciente.

O uso que esses pacientes fazem de seus recursos mentais provoca nos auxiliares entrevistados sentimentos de raiva, dificultando a aproximação afetiva do funcionário com o paciente.

O crack, a cocaína e o álcool são apontados como as drogas de abuso principais dos pacientes drogaditos são internados no setor de agudos, gerando dificuldades no lidar com esses pacientes, pelo despreparo da instituição em recebê-los, criando uma condição de cronificação desses pacientes.

“Muitos dos que estão aqui estão em razão do crack, que causa debilidade mental, estão na cocaína, o álcool, agora o paciente que tem distúrbio genético natural você não encontra mais, poucos casos são, no passado tinha. A própria instituição no passado fazia com que os melhores ficassem igual aos piores”. (Carlos)

Há uma impressão ruim sobre o futuro dos pacientes internados, tanto com o diagnóstico de dependência, como aqueles que estão por surtos psicóticos, a visão é que existe a cronificação dos pacientes, por meio da reinternação sucessiva deles.

“A maioria é tudo reincidente. Várias internações aqui. No agudos tá virando bem crônico aqui, porque tá sempre as mesmas figurinhas, pelo menos desde quando eu entrei, a maioria eu já conheço e internou e vai continuar internando. Nem melhora não tem mais, cada vez que tem crise, o déficit é maior”. (Marina)

Foi relatado também que é característico do setor de agudos certa “contaminação” entre os pacientes em surto, principalmente no setor feminino.

“Ah contágio... é que nem quando uma foge, de dia... quando uma foge e vem uma falando 'tia, cadê a fulana de tal?' você não pode falar que fugiu, porque se você fala parece que dá aquele alvoroço, sabe? (risos) é...é uma coisa estranha, né? na cabecinha delas...” (Rosa)

Aparece ainda a preocupação com o tempo ocioso do paciente internado. Segundo os entrevistados, os pacientes ficam muito tempo sem atividade, principalmente nos fins de semana.

“essa falta de suporte prejudica o tratamento, por outro lado, o trabalho terapêutico deixa a desejar, ficando [o paciente] com muito tempo ocioso, nos finais de semana, relata que você vê fica preso

aqui dentro 48 horas, sem ver uma cara, se não tiver visita fica 48 horas aqui dentro! Não é justo! Ficar 48 horas, dentro de quatro paredes!” (Marta)

Pôde-se perceber diferenças entre os setores masculino e feminino. Este último setor é descrito como sendo mais agitado por causa das características de personalidade das pacientes, com gritos, choros, desmaios. Já o masculino tem a tendência de serem mais quietos e no surto, serem menos expansivos.

“O feminino é mais trabalhoso, porque a mulher é mais difícil de lidar com ela! Não sei se é questão hormonal, medicamentosa, aparência, mas a mulher é mais difícil de trabalhar, mas é bom trabalhar com ela. Porque quando ela passa por uma melhora ela responde bem também. O homem é mais quieto, quando tá no surto é igual, mas quando não tá, é mais cabeça... mais na dele, mulher não, é mais carinhosa, mais dedicada”(Marta)

“O homem te pede menos, né? A mulher te suga mais, elassão mais grudadas, conversam mais, querem mais, o homem não, ele exigem menos de você”. (Mara)

Há internações que, na visão dos entrevistados, seriam resultado do uso do serviço como forma de obtenção de ganhos secundários com a doença, como por exemplo a internação com perícias agendadas para ganho de aposentadorias, por pressão de familiares como meio para se desonerarem do cuidado com o paciente, ainda que por um tempo.

“Com o passar dos dias, a gente observa e vê [que têm ganhos com a doença]...As vezes eles mesmos falam”(Marina)

No contato com os pacientes, Marina percebe que para alguns pacientes, o fato de estarem internados é, muitas vezes, “meio de vida”, dizendo que muitos quando “são internados chegam com a perícia já agendada”. Refere-se aos benefícios que os pacientes podem conseguir com a doença mental, para isso eles necessitam de uma perícia que comprove a necessidade dele, e o fato de estarem internados no hospital é um fator de comprovação.

Situações como essas, bem como reinternações sucessivas parecem ocorrer, segundo os entrevistados, também por conta da falta de integração entre os serviços.

“Acho que há muita reinternação no hospital e isso acontece pela falta de suporte da rede de atenção... chega lá eles mudam a medicação, não tem um acompanhamento, seguir, fazer alguma terapia, ter uma ocupação, acho que falta bastante”. (Júlia)

4.7.1. A família

A reforma psiquiátrica introduziu o atendimento à família do paciente, ampliando a rede de cuidados do paciente, ainda que insuficiente. Existe a visão de que certa responsabilidade sobre o paciente – quanto ao seu adoecimento e cronificação – está atribuída à família do paciente com transtorno mental.

“Então as famílias, ainda não cooperam nesse trabalho, as famílias não fazem o que tem que fazer” (Mara).

Os participantes, entrevistados nos três períodos de trabalho, relataram que no período noturno e matutino há pouco ou nenhum contato com os familiares dos pacientes internos, tendo acesso a dados dos pacientes somente pelos outros funcionários e por meio do prontuários.

“a gente tem contato mais na visita, porque quando tem reunião de família, a gente não participa, a gente sabe porque a médica passa pra gente, né? Pela história do paciente, no relatório do paciente que tá no prontuário também que eu leio”. (Cora).

Dos que relataram ter contato com a família do paciente, geralmente no período vespertino e em, finais de semana durante plantões remunerados. Estes relataram ter participado em momentos pontuais de intervenções com os pacientes e familiares – fosse levando-os para casa, fazendo visita domiciliar. Essa atividade foi percebida como prazerosa, pois lhes possibilitava aprender sobre o paciente, sua história de vida e manejo.

“Você colhe muita informação do paciente no horário de visita! É! Porque os pacientes às vezes não passam informação nenhuma, que passa pra você é a família! Você conversa, orienta, junto com o paciente, que tem que melhorar isso, melhorar aquilo, você tem que fazer isso, e tem que tomar remédio, tem que perguntar se ele tá tomando remédio”. (Marta)

Algo que foi apresentado como dado importante é o contato com a reação dos pacientes à falta de visita com os familiares, muitas vezes a demora em buscar os pacientes de alta.

“Tem paciente aqui que passou 5 dias de alta esperando a família! A assistente social pegou ela e levou ela. Que família, se você estivesse de alta, você não ia buscar? E não adianta falar assim, ah, a paciente é doida, não sabe, ela sabe, sabe que a família não quer ela, você acha que ela vai querer melhorar, que, assim, ela vai lutar pra tomar o remédio certinho, pra ter uma vida boa, se ela sabe que a família não quer ela...” (Lúcia)

Lúcia relata o episódio de uma paciente que tentou se matar e foi internada no hospital e a família ficava recriminando-a por ter tentado se matar. Segundo ela “Eu acho que era tudo o que ela não precisava ouvir naquela hora! Não que é pra passar a mão na cabeça, mas também não precisa descriminar, talvez se ela chegasse, conversasse, ela pudesse melhorar [...] Por que se a gente que é, vamos dizer assim, relativamente normal, a gente precisa da nossa família, imagina eles!”

Em decorrência disso, os entrevistados percebem as dificuldades que as famílias têm em conviver com o paciente psiquiátrico, muitas vezes com dificuldades de acolhê-los em casa. Aqueles que conviveram na vida pessoal com pessoas em sofrimento mental relataram perceber isso com uma sensação mais aproximada, identificando-se com esses familiares.

“Nenhum ser humano, acho que vem de lá traz. Acho que vem da criação, de uma palavra de um gesto, de uma... de um relacionamento com os pais, eu acho que não é de agora, eu acho que quem tá aqui, é de muito antes, eu acho que até antes de nascer, dependendo, às vezes, dependendo da gravidez da mulher, eu acho que pode acarretar. (...) então eu acho que é uma coisa muito mais intensa do que as pessoas possa imaginar, você entendeu?” (Simone – que teve, em sua história de vida que cuidado de um parente com transtorno mental)

Nesse sentido, os funcionários entrevistados pareceram entender a família como tempo função de cuidado, organização da rotina e acolhimento emocional do paciente.

“Mas a família tem grande importância também, porque eu acho que é o alicerce, porque tem muitas que são mais surtadas que os pacientes. Acho que daí que não vai ter jeito, por isso que eles voltam. Muitos deles, não todos. Tem mãe, pai, que é pior que o paciente”. (Cora).

Assim, os auxiliares de enfermagem entrevistados apresentaram relatos de que, apesar de ser bom que a família participasse do tratamento do paciente, das reuniões de equipe. Entretanto, o contato mais proximal com o auxiliar é sentido

como amedrontador por entenderem que esse contato pode deixar de ser profissional e, assim, influencia no modo como trabalham com o paciente. Rosa relata que não sabe se seria bom ou não ter contato maior com a família do paciente, para ela:

“Se tivesse vínculo [com a família]... talvez não seria... se bem que podia estar conhecendo melhor, assim, o histórico dela... né... porque o que a gente sabe é o que a gente lê quando interna, a gente dá uma olhada, porque que internou, porque que... sabe...(...) não sei... a família ia ficar muito em cima da gente [se os auxiliares tivessem mais contato com os familiares]... não podia ter seu endereço né?”(Rosa)

5. DISCUSSÃO

Os entrevistados apontaram, em sua maioria, que vieram de um contexto sociocultural desfavorável ao estudo, tendo trabalhado em outras profissões e feito, outras formações antes de fazer a escolha por ser auxiliar de enfermagem. Embora tenham tido alguma oportunidade de estudar, a profissão foi o modo com conseguiram ascender socialmente e buscar estabilidade de emprego e financeira. As oportunidades de estudo que existiam variaram de acordo com a oferta da cidade onde moravam, da condição financeira e familiar e do próprio local de trabalho.

Entretanto, ao lado desse condicionamento de ordem prática e econômica, outros fatores são apresentados como influentes na escolha da profissão: o gosto pela área da saúde, história de cuidados com familiares, pessoas próximas que trabalhavam no campo.

E, ainda que fossem variadas as justificativas pela escolha profissional, os entrevistados respondiam a perguntas sobre isso como tendo sempre gostado da área da saúde e do cuidado.

As trajetórias de trabalho se mostraram variadas quanto ao tempo de serviço e, corroboraram com Silva (2008) e Aranha e Silva (2003), no que se refere às escolhas dos participantes de trabalhar no hospital estudado, se baseando nas oportunidades de trabalho, prioritariamente, do setor público.

Os entrevistados que relataram gostar do campo da psiquiatria pareceram envolver-se mais com os pacientes e com o processo de cuidado; já aqueles que apontaram escolher o campo pela conveniência do trabalho com relação a outras atividades cotidianas pareceram, no contato da entrevista, envolver-se menos com o trabalho, priorizando outros aspectos da vida.

Algumas das respostas dos entrevistados evidenciaram aspectos de sua vida mental que pareciam responder à necessidade de entrar em contato com vivênciassofrimento, demonstrando inter relações existentes entre a vida pessoal e do trabalho. Seja nos problemas pessoais que às vezes interferiram no cotidiano profissional, seja na inter relação entre atividades desenvolvidas fora do campo de trabalho psiquiátrico. A intersecção entre os reflexos da vida pessoal e do trabalho na vida dos entrevistados parece acontecer, no campo pessoal, com algum distanciamento do trabalho.

Num outro ponto de vista, mais pessoal, a atuação do auxiliar de enfermagem no serviço de psiquiatria perpassou fatores como a necessidade de manutenção de mais de um vínculo de trabalho, a baixa remuneração, turnos que bagunçam a rotina, demandas domésticas, falta de formação profissional específica, integração com a equipe, bem como a perda de recursos salarial, deficit na relação funcionário por paciente, aprofundando a falta de controle no processo de trabalho como fatores geradores de estresse ocupacional. Todos esses são fatores estressores que podem se refletir num enfraquecimento da condição de saúde mental do próprio funcionário. A ajuda de seus próprios parentes para contornar os problemas cotidianos, nesse sentido, é um fator estruturante da vida pessoal e mental do funcionário.

Os aspectos relacionados com a vida afetiva fora do trabalho foram pouco apresentados, o que pode indicar profissionalismo, além de alguma dificuldade de alcance desses aspectos na entrevista, ou um sistema de defesa que lhes permite a continuação do trabalho direto com o paciente.

Entretanto, foi possível acessar as formas de relaxamento das tensões do trabalho no dia a dia, relatadas como atividades do cotidiano realizadas nos períodos fora do trabalho tais como: saídas, viagens, visitas, trabalhos voluntários, espaços de cuidado, contato com amigos e família. Isso parece evidenciar que aspectos como a qualidade dos vínculos existentes na vida pessoal, bem como espaços para relaxamento de tensões, adequação ao dia a dia de maneira satisfatória, ainda que demonstrada certa insatisfação com o trabalho, permitem a continuidade de trabalho o paciente agudo. Já o fato de não ter meios de relaxamento foi referido como um fator que atrapalha os relacionamentos dentro e fora do hospital.

Quanto à formação de auxiliar de enfermagem, os entrevistados relataram que ela foi marcada pela formação básica em observação, procedimentos técnicos como punção, medicação, contenção, transporte do paciente. Quando ao que se refere ao campo da saúde mental, os participantes mais antigos relataram que faltou de treinamento teórico-prático durante a formação. Já os entrevistados com menos tempo de formação relataram terem o conteúdo dado em seus cursos de maneira superficial sobre a história da psiquiatria, diagnósticos e medicamentos, além de pouca experiência de estágios na área da saúde mental.

Apesar disso, a seleção dos funcionários do hospital não se pautou em conhecimentos específicos de saúde mental, como apresentado nos relatos dos

participantes, assim a aprendizagem sobre esses procedimentos foi sendo adquirida por meio da observação de colegas, uso de experiências pessoais ao longo da vida e cursos oferecidos pelo hospital que instrumentalizassem os auxiliares para a prática.

Silva e Fonseca (2005) apresentam que a seleção do agente de enfermagem de nível médio, durante o período de reforma psiquiátrica no Brasil, segundo, privilegiava o porte físico avantajado e era usual o deslocamento de agente de serviço auxiliar como limpeza, lavanderia, cozinha, manutenção, para compor o quadro de pessoal de enfermagem. Fatores que não foram encontrados entre os participantes do estudo, nem entre os mais novos nem entre os mais velhos em tempo de trabalho no hospital.

Já Aranha e Silva (2003), considera que a inserção desses trabalhadores no campo da saúde mental, acontece por consequência da inserção num mercado onde inexistia critério de seleção ou requisito mínimo de capacitação para o trabalho em saúde mental, informação ou possibilidade de escolha do local de trabalho. Apesar disso, esse acesso secundariza o ônus de não ter acesso a formação específica do campo de trabalho e clientela atendida.

Os conhecimentos dos entrevistados que basearam mais na prática de cuidado a partir de um aprendizado do cotidiano, apreendido na relação com o paciente e menos por meio de treinamento e capacitação específicos para essa área de atuação, embora essa seja uma fonte rica de conhecimento.

Os entrevistados apontam que a formação é fonte de apoio para o trabalho ligado tanto ao aprendizado teórico – é uma forma de melhorar a formação da prática do cuidado, bem como dar fundamentos para a adequação do funcionário às necessidades dos pacientes –, como à prática de estágios, pelo aprendizado sobre o ambiente do hospital e a realidade dos tratamentos possíveis para o paciente internado.

Faz-se necessário, dessa maneira, um processo de educação continuada dos profissionais em atividade, bem como preparar as novas gerações para o campo da saúde mental de maneira que capacite o profissional de nível médio a realizar processos de trabalho sofisticados com igual consciência crítica do significado de suas ações (ZERBETTO e PEREIRA, 2005; BRITTO, 2006; ARANHA e SILVA, 2003).

Mandú (2004) propõe que seja ampliada a noção de conhecimento de apoio para a prática cotidiana, ele defende que deve-se abrir para outras referências de formação, buscando também suporte em alternativas tidas como não formais de maneira que sejam valorizadas trocas intersubjetivas e saberes práticos como formadores de competências para o trabalho, e que ao lidar com as demandas da população atendida se configurem um atendimento individual e humanizado.

Esse mesmo autor, ressalta que deve-se também valorizar a sabedoria prática, que tenha a emancipação como intenção ética, ampliando e qualificando o cuidado em saúde. Do relato dos participantes, aquele conhecimento produzido na prática cotidiana. Esses aprendizados informais na prática cotidiana do serviço são formados a partir do acumulado de experiências pessoais e profissionais ao longo do tempo de contato com transtornos mentais e com o sofrimento mental.

5.1. A configuração das práticas de trabalho

Os entrevistados tiveram contato com pacientes agudos de ambos os sexos, alguns também tiveram contato com pacientes crônicos, alguns tinham outros empregos como auxiliares de enfermagem em outros serviços de saúde, tendo contato com outros tipos de pacientes, evidenciando uma ampla gama de experiências de cuidado e contato com os pacientes ao longo de suas carreiras.

Foram elencadas, ao longo das entrevistas, características do perfil de um auxiliar de enfermagem, que trabalha num setor de agudos em um hospital especializado em psiquiatria, envolvendo aspectos que também podem ser considerados próprios para qualquer trabalho na saúde, saúde mental, hospital especializado em psiquiatria, tais como: dedicação, paciência, tolerância, encaixar-se no sistema do hospital, responsabilidade e autocontrole no dia a dia de trabalho.

Além da enumeração dessas características, esse perfil vai além, perpassando fatores como sua história de vida, condições mentais para o trabalho com pacientes agudos, o conhecimento sobre o senso comum quanto ao que seja cuidado e a especificidade da saúde mental, inserindo-se num *setting* mais amplo de saúde. As características de trabalho apontadas, em seu conjunto se referem à

prática, e são sentidas como características que muitas vezes não podem ser ensinadas.

Esse perfil, no encontro com o paciente mostra-se acolhedor diante de sofrimentos intensos e permite ao auxiliar dar conta das repercussões desse contato próximo com sofrimentos e com os pacientes, traduzidos na melhora dos pacientes, na criação de um vínculo positivo com o auxiliar.

Turato (2003) se utiliza da palavra *setting* para delimitar esse ambiente, englobando aspectos incidentais e que envolvem pessoas, num momento particular, reconhecendo e valorizando os elementos latentes que transitam no corredor desta relação intersubjetiva. A prática diária do auxiliar de enfermagem localiza-se nesse microambiente de relação, quando ninguém mais dá conta de estar, lidando com isso todos os dias, buscando manter uma atitude profissional, saindo dessa experiência para retornar no dia seguinte.

Como é colocado no capítulo introdutório sobre as atribuições do campo do auxiliar de enfermagem, bem como na tonalidade dada nas falas e práticas profissionais dos entrevistados, evidencia-se uma atuação profissional baseada no modelo de biomédico, em conformidade com o que é preconizado para a área de trabalho (COFEN, 2002), atuado no cotidiano – o auxílio nas funções de médicos e enfermeiros.

Os procedimentos de manejo dos pacientes, tais como a observação, a contenção e a administração de medicamentos, foram percebidos como ponto imutável no cuidado com eles. Essas tarefas atribuídas e executadas pelos auxiliares de enfermagem são subordinadas à prescrição do médico e do enfermeiro responsáveis pelo setor. Essa atitude evidencia a organização do trabalho em níveis de atenção, mas também, pela maneira como foram relatadas, fica subentendido um certo grau de submissão hierárquica da categoria de auxiliar diante das demais profissões, já que foram relatadas também dificuldades de valorização da informação colhida pelo auxiliar de enfermagem.

Toda essa configuração da prática do cuidado no hospital parece ter mais efeito de produção de tratamento da doença do que de promoção de saúde, facilitando processos de cronificação e dependência dos pacientes do serviço e do modelo de cuidado por ele promovido. Isso parece acontecer em instituições nas quais os lugares nas relações de poder/saber/saber fazer estão rigidamente estabelecidos (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; ZERBETTO; PEREIRA, 2005).

Os funcionários da instituição estão mais próximos da reprodução do modelo instituído, do que do empoderamento do próprio saber-fazer. Assim, ainda que na prática os auxiliares de enfermagem sejam a categoria profissional que mais se aproxima do cuidado do paciente e – que, efetivamente sejam quem produz esse cuidado (ARANHA e SILVA, 2003) –, isso não significa promoção de saúde aos pacientes, ficando eles mesmos engessados em suas práticas, dentro de um modelo de tratamento médico.

Essas características de tratamento produzem os efeitos apontados por Machado e colaboradores já em 1978: o paciente “só se entra no hospital psiquiátrico para não sair ou, na melhor das hipóteses, para logo depois voltar” (p.450) no que se refere à prática de sucessivas reinternações dos pacientes. Promove-se, então o processo de cronificação deste. Esse acontece porque, segundo Mandú (2004) e Merhy (1998), a promoção de saúde não é possível se o serviço direcionar-se para o usuário, bem como não houver a inclusão de componentes que valorizem aspectos como valores, sentimentos, vontades e desejos conscientes e inconscientes, uma vez que os modos de agir e cuidar-se em saúde não se desvinculam do universo cultural e emocional dos sujeitos envolvidos no processo.

A rotina de trabalho, relatada pelos participantes do estudo, pareceu basear-se em componentes técnicos e subjetivos os quais, segundo Merhy (1998), operam tecnologias como instrumentos para o trabalho. Essa rotina pareceu organizar-se em 3 momentos: uma aproximação e preparação para o trabalho de cuidado, por meio da aproximação do paciente com cumprimentos e autoproteção – como por exemplo lavar as mãos –, numa atitude de preparação física e psicológica para o trabalho de cuidado e aproximação com a loucura do outro.

A preparação preliminar, relatada em falas como “chegar”, pareceu indicar a necessidade do profissional de demarcar a transição entre o trabalho e seu exterior. Falas como “lavar a mão”, como o primeiro ato ao adentrar no setor de trabalho, pareceu ter um sentido de despir-se das preocupações, necessidades e “sujeiras” que por ventura possam interferir no trabalho. O uso de termos como “cumprimentar o paciente” demarca o passo seguinte na preparação para adentrar no ambiente de trabalho.

Um segundo momento do trabalho pareceu consistir em componentes técnicos, próprios da categoria profissional, relatados como: vigiar, observar, verificar sinais vitais, medicar, administrar medicação, dar banho, anotar e ler o prontuário,

participar de reuniões de equipe. Bem como, nas situações de agravamento dos sintomas do paciente¹⁶, o manejo técnico baseado na troca de informação entre os auxiliares e o médico e enfermeiro responsáveis pelo turno, a contenção física e a medicamentosa.

O uso desses componentes técnicos – pelo que se pôde entender do relato das entrevistas e durante o contato com a entrevistadora –, principalmente em momentos de crise aguda, foram traduzidos em prática pela impossibilidade de atuar com autonomia e apropriação das práticas de cuidado sem a prévia anuência dos superiores médico e enfermeiro.

Os entrevistados disseram que tinham todo o material necessário – em termos de medicação e artigos de lavanderia, refeições – para o trabalho, embora algumas condições estruturais do hospital dificultassem-no (instalações físicas como o local da enfermaria, janelas, ventiladores), percebendo melhoras nessas condições para o trabalho ao longo do tempo no hospital.

A individualização de kits de higiene e a introdução de roupas diferentes para homens e mulheres promoveu mudanças nesse ambiente ao longo do tempo e promoveu a construção de uma atmosfera mais propícia ao tratamento do paciente (BORGES, 2009).

Isso é importante porque, segundo Borges (2009), além de determinações biológicas e psicológicas da doença mental, o ambiente também contribui para transformar ou intensificar o quadro psicopatológico de um paciente.

Apesar dessa atmosfera transformada, subsiste a visão de que o hospital é um lugar que ainda tem uma prática agressiva, como por exemplo nos relatos sobre a contenção do paciente, ainda vistos como violentos, formas de agressão encobertas pela necessidade de proteção dele e dos que estão a sua volta. Nos relatos, isso se apresenta na fala de agressividade existente na contenção, que aproxima as pessoas em crise de um bicho, bem como na fala sobre o uso desnecessário dessa medida pelos funcionários.

Num paralelo com o contato e o vínculo afetivos criados no ambiente de internação, a contenção pareceu ser determinada pela relação intersubjetiva¹⁷ entre o paciente e o auxiliar. O limite entre controle e a proteção é entendido como uma

¹⁶ As decisões quanto ao manejo da crise parece ser em equipe, mas o contato com o paciente é feito na individualidade: a observação e a escuta são vistos como ferramentas de trabalho.

¹⁷ Intersubjetividade considerada como Mandú (2004), a subjetividade em sua dimensão relacional e histórica

linha tênue variante de acordo com a relação paciente/paciente, profissional/profissional e profissional/paciente. A proximidade física com os pacientes, bem como o aprofundamento do vínculo, interferem no tratamento, diferentemente dos outros profissionais, que se mantêm mais distantes do paciente. Essas visões parecem derivar do que Campos e Barros (2008) dizem sobre o cuidado do paciente psiquiátrico perpassar sua subjetividade.

Com relação a isso, os entrevistados relataram dificuldade em trabalhar com pacientes com diferentes diagnósticos – posto suas diferentes necessidades –, apresentando uma dimensão complexa do trabalho mental necessário no lidar com os pacientes, percebendo a grande necessidade de contato afetivo destes e o esforço feito nessa tarefa. Segundo Pegoraro (2006), entrar em contato com pessoas em grande sofrimento mental onera às pessoas próximas sofrimentos mentais também. Assim, só é possível permanecer na presença de pessoas enlouquecidas se for possível deixar de lado o próprio sofrimento mental, se o funcionário não consegue deixar de lado seu sofrimento pessoal, o contato com o paciente fica dificultado.

A intercomunicação entre os componentes de trabalho nomeados acima, diferentemente para cada entrevistado, permitiu vislumbrar a configuração da prática profissional própria. Essa prática se revelou dinâmica, mudando de acordo com a necessidade do paciente e as possibilidades dos profissionais no que se refere aos recursos disponíveis para o cuidado como a situação de os pacientes estarem “bem medicados”¹⁸.

Foi apontado pelos entrevistados, como um suporte para o trabalho, a divisão dos pacientes entre os profissionais de cada setor e turno, diminuindo a sobrecarga do funcionário.

O sentimento envolvido na prática profissional pareceu estar associado a um sentimento de hierarquia e subalternidade com relação aos profissionais com ensino superior, conforme encontrado também no estudo de Borges (2009), que compreende esse sentimento como objetificação dos trabalhadores, burocratização e cristalização de papéis, funções e identidades institucionais, dificultando a noção

¹⁸ Os entrevistados relatam o estado dos pacientes “bem medicados”, principalmente no que concerne à diferença entre os gêneros, atribuindo a concepção aos pacientes que conseguem remeter a sintomatologia positiva sem que isso signifique impregnação por medicamento ou insuficiência da dose da medicação. É um estado difícil de ser atingido, dependendo, segundo os entrevistados, do médico no plantão e seu envolvimento com o paciente.

de totalidade do processo de tratamento e da relação entre profissionais e pacientes. Isso acontece, segundo essa autora, por causa da lógica de assimetria piramidal, na qual os extratos mais baixos da hierarquia estão pacientes e, num nível acima, os auxiliares de enfermagem e nos níveis superiores, os funcionários de nível superior e a gerência da unidade.

Quanto ao que concerne a que suportes os auxiliares sentem que têm para o trabalho, mais que apoios, os relatos apresentaram reclamações. Elas se fundamentaram, num pedido por maior autonomia no serviço. Os participantes relataram querer propor atividades aos pacientes, mas que isso é dificultado por ser atribuição de outras categorias profissionais; entretanto, numa atitude oposta, encontrou-se uma postura de submissão hierárquica na exigência por melhores condições de trabalho, esperando melhorias, o que reflete na falta de empoderamento dessa profissão sobre o serviço oferecido.

Quanto aos apoios que a instituição oferece ao trabalhador foram pouco relatados, ficando mais claras queixas sobre a falta de escuta por parte de superiores, dificuldades de comunicação entre profissionais da mesma área e entre a equipe. Pôde-se perceber dificuldades na conformação da equipe como fonte de apoio para o trabalho e a não percepção desta como parte da rede de atenção psicossocial, ficando isolados dessa rede.

Essas dificuldades apontadas colocam a intercomunicação entre as diferentes áreas profissionais e do conhecimento como uma importante ferramenta para o manejo e tratamento do paciente. Percebeu-se que a prática do cuidar dos profissionais de nível médio ainda se configura de modo tecnicista e de relação de poder hierarquizada, embora a política atual em saúde mental incentive a transição para um modelo que busca satisfazer as necessidades do usuário por meio da multidisciplinaridade, sem se limitar a procedimentos técnicos, mas criando ações de intervenção individualizadas em relação ao paciente, promovidas por toda a equipe.

Essa rigidez de papéis é característica de lugares nos quais não só o paciente é alienado do processo de seu tratamento, como também o funcionário perde o controle sobre seu trabalho e seus produtos (BORGES, 2009). Merhy (1998) relata que essa configuração de práticas em saúde gera sistematicamente uma relação entre funcionários do serviço de saúde e paciente marcada um processo de alienação e desresponsabilização custosa a ambos e só ocasionalmente resolutive.

Com relação às mudanças da prática de cuidado ao longo do tempo de trabalho, elas foram relatadas como resultantes não só da implementação de leis e diretrizes produzidas pela reforma psiquiátrica, mas também fruto da confluência de fatores como a implementação de novas medicações psiquiátricas e tecnologias para o trabalho em saúde mental, bem como a criação de novos dispositivos de saúde mental.

Apesar disso, ainda se percebe que essas transformações não trouxeram resultados satisfatórios na perspectiva dos auxiliares de enfermagem entrevistados. Nesse sentido, parece haver certa ambivalência dos profissionais com relação a reforma. A mudança das práticas advindas da reforma psiquiátrica e sua repercussão com relação ao sentido dado às novas práticas pareceu fazer frente a escassez de recursos para lidar com a situação de crise.

Por meio da adoção de uma perspectiva de processo na análise sobre as práticas dos auxiliares de enfermagem, pôde-se perceber a inclusão de mudanças e transformações na maneira como os funcionários veem o paciente e sua prática. Por ser esse um momento de transição entre modelos de tratamento, intervenção e gestão do campo da saúde mental, estão mescladas formas diferentes de ver a prática do auxiliar: médico centrada, psicoterapêutica, psicossocial (no que concerne ao reconhecimento de necessidades e direitos do paciente).

Segundo os relatos, é difícil mudar o modelo de trabalho, como propõe a reforma psiquiátrica, posto que o sentimento nos funcionários é de engessamento da estrutura do hospital e da gestão pública de recursos, dificultando iniciativas vindas dos próprios funcionários. Nesse sentido há maior aproximação do modelo médico, que prioriza prescrições em separado das ações de cuidado, em detrimento a ações integradas entre a equipe.

Assim, a conclusão que os entrevistados chegaram em seus relatos foi que ainda que haja melhora no tratamento dos pacientes com transtornos psiquiátricos, seja em dispositivos extra-hospitalares, ou no hospital de internação integral, é necessário trabalhar melhor esses aspectos de integração entre a rede de serviços.

O modo como o profissional entende essa mudança de paradigma e a extensão das mudanças que a reforma psiquiátrica propõe apresenta um hiato muito grande. Assim, com relação à percepção acerca da reforma psiquiátrica, segundo De Marco e colaboradores (2008), percebe-se que a perspectiva trazida pela reforma psiquiátrica é vista como positiva, embora sejam referidas mudanças

negativas, evidenciando dificuldades de substituição de elementos, a necessidade do envolvimento com o paciente e a inserção da equipe de enfermagem no processo de trabalho.

Nesse sentido, autores como Diamantino (2010), Gonçalves e Sena (2001) e Moreno e Alencastre (2004), Andreoli e colaboradores (2007), Campos e Soares (2003), Calgaro, 2009; Lima e Amorim, (2003) discorrem sobre o panorama dos novos lugares do paciente e a insuficiência desses para abarcar as demandas de serviços de saúde mental, sobrecarregando e reproduzindo o modelo de assistência asilar.

5.2. A visão sobre os pacientes psiquiátricos atendidos

Os funcionários relataram ter conhecimento sobre a história de vida e padrão de comportamento dos pacientes, decorrente de internações sucessivas, o que facilita o manejo, mas também provoca sentimentos de frustração com relação à efetividade do tratamento realizado.

Ao longo do tempo de trabalho dos entrevistados no hospital, o perfil dos pacientes internados tem mudado, se caracterizando menos por internações longas que por reinternações em intervalos curtos. Os entrevistados relataram perceber que hoje em dia há mais critério para a internação dos pacientes, entretanto, há o caso de internações e reinternações como forma de obtenção de ganhos secundários com a doença.

Barros (2008) fez um levantamento sobre o perfil dos internos em serviços de internação psiquiátrica. As características principais assinaladas era de adultos jovens do gênero masculino, sem vínculos conjugais estáveis, inativos profissionalmente. Os diagnósticos mais encontrados eram transtornos relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas, transtornos do humor, transtornos psicóticos e transtornos de personalidade.

Já Cetena (2010) fez um levantamento de usuários de serviços de enfermagem psiquiátrica ambulatoriais e encontrou um perfil diferente de usuários: nesses serviços predominavam pacientes do gênero feminino, de meia idade,

usando medicação psiquiátrica, apresentando diagnóstico de enfermagem: interação social prejudicada, ansiedade, autocontrole ineficaz da saúde.

O perfil dos pacientes na unidade estudada corrobora tanto com os achados de Barros (2008), no que se refere ao perfil dos homens internados, quanto com o perfil encontrado por Cetena (2010), no que diz respeito às mulheres. Outro trabalho que trata da mudança do perfil dos pacientes nas unidades de internação é o de Castro (2009) que faz o levantamento sociodemográfico dos pacientes que reinternam em hospital especializado em psiquiatria e encontra um perfil jovem, com diagnóstico que associa transtornos de personalidade e uso de drogas, o que confirma esse panorama.

Pode-se perceber uma convivência entre visões sobre o cuidado com o doente mental, atualizando visões já consagradas em psiquiatria sobre as visões acerca dos pacientes atendidos. Convergem visões como: a necessidade de moralização do cuidado, adotando atitudes de observação e vigilância; a condição do paciente como cidadão; a consideração sobre os aspectos psicodinâmicos da doença, a necessidade de um cuidado especial, individualizado, vinculado a pessoas de referência como fatores de restabelecimento da saúde. Esses dados foram falados francamente como atitudes dos entrevistados ou percebidos nas situações de entrevista ou nos relatos sobre o contato casual com os pacientes do hospital.

O contato dos entrevistados com os pacientes foi relatado como sendo por vezes vivido de maneira prazerosa pelas características deste de sinceridade, cumplicidade e um jeito de conversar que lhe é próprio, bem como nos apontamentos sobre a satisfação com a melhora do paciente, apontada como fator que reforça aspectos de valorização do trabalho bem feito.

Entretanto, com relação ao contato com os pacientes fora da situação de trabalho, a saída desse *setting* já estabelecido não foi relatada pelos profissionais da mesma maneira. Os entrevistados pareceram apresentar certo receio de misturar os papéis de cuidado e vínculo emocional profissionais e uma vinculação ainda mais profunda de amizade. Nesse sentido, pode-se entender a configuração do *setting* de saúde (TURATO, 2003), na qual os sentidos produzidos na relação entre profissionais e pacientes sofrem interferência do ambiente, bem como só têm sentido dentro dele.

Dentre os relatos dos participantes, há preferência maior pelos pacientes ditos “psiquiátricos”, por ser facilitada a aproximação emocional, em contraposição à visão apresentada sobre os pacientes “drogaditos”, entendidos como não sendo pacientes com necessidades de tratamento psiquiátrico em unidade de agudos, e sim de outro tipo de ajuda. Nesse aspecto, a aproximação emocional entre funcionário e paciente como componente de tratamento a cada paciente se configurou segundo essa divisão.

A diferenciação entre os pacientes parece ser um fator relevante no tratamento da dependência do álcool e/ou outras drogas. O paciente drogadito mobiliza mais sentimentos negativos que positivos nos auxiliares. Nesse sentido, se por um lado falta, na formação do auxiliar, recursos para lidar com essa demanda, se faz necessário também integrar um preparo emocional nessa formação para o lidar com pacientes desse tipo.

Com essa dificuldade, é mais difícil atuar sobre necessidades dos pacientes drogaditos de maneira que se possa produzir saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999) no que se relaciona a necessidade de cuidado e amparo. Por mais que o auxiliar veja seus pacientes atendidos, de maneira geral, como pessoas com uma história de vida singular, ainda se colocam com distanciamento, numa dificuldade de transição paradigmática na relação com a esses pacientes. Para Borges (2009), essa relação cindida socialmente, operada por grupos da sociedade, acarreta a segregação do paciente do convívio social comunitário e objetifica o paciente nos serviços de saúde mental. Isso é demarcado na fala dos entrevistados como: eles (os pacientes) e nós (os funcionários) na qual o discurso biomédico hegemônico parece ser usado como mecanismo de defesa no contato com o paciente, posto já ser incorporado no jargão diário dos funcionários com mais tempo de serviço, em falas como “demente”, “louco” (BORGES, 2009). Enxergar o paciente como uma pessoa singular, tal qual o próprio funcionário, exige uma preparação especial para o trabalho.

Outra importante influência na forma com que o auxiliar vê seu paciente se relaciona ao papel da família na dinâmica do transtorno do paciente. Os participantes relatam que o paciente é visto como alguém que sofre mentalmente por sua característica de história de vida. Por meio da observação do contato dos pacientes com seus familiares, segundo os entrevistados, apresenta-se outros fatores que podem dar pistas sobre a origem dos problemas mentais do paciente,

atribuindo não só à questões genéticas, mas também à dinâmica familiar no que se refere à percepção de que algumas vezes, outros familiares também apresentam certo grau de comprometimento, por exemplo, da noção de realidade.

Essas percepções falas estiveram mais relacionadas aos entrevistados que tiveram contato com pessoas com transtornos mentais fora do ambiente de trabalho do que àqueles que não tiveram. Ao que parece, esse contato de fora do ambiente de trabalho apresenta outra perspectiva quanto ao paciente com transtorno mental. Isso, somado às mudanças na compreensão sobre o paciente, introduzidas pela reforma psiquiátrica, revelaram a noção de que o paciente não é um doente mental em tempo integral, mas que em alguns momentos se fragiliza e entra em crise.

A reforma psiquiátrica introduziu o atendimento à família do paciente, ampliando sua rede de cuidados. Antes da reforma, a família não era vista como componente importante na situação de cuidado, após a reforma, esses familiares passaram a ser responsabilizados pelo cuidado com os pacientes, sendo chamados para debater o tratamento em conjunto com a equipe. Entretanto, no relato dos auxiliares entrevistados, há uma visão negativa da família, atribuindo-lhe participação no adoecimento e cronificação do paciente. Essas visões pareceram decorrer do contato esporádico com a família do paciente.

Apesar disso, os entrevistados percebem sua importância no tratamento dos pacientes. Eles relatam que existe a necessidade de acompanhamento e orientação para o familiar, instrumentalizando-o para lidar com seus parentes que apresentam transtorno psiquiátrico. Os entrevistados propõem que isso seja feito ao longo do tratamento e internação, mas sentem que isso não acontece na prática cotidiana.

Pôde-se perceber que a experiência de acompanhar o paciente, mesmo nas poucas vezes em que ele aconteceu, serviu como meio de aprendizagem sobre como lidar com os pacientes. Ao mesmo tempo, tem-se uma visão ambígua sobre a família, pois, nos relatos dos entrevistados, eles também temem esse contato, o por receio perder seu profissionalismo.

Nesse sentido, pôde-se perceber, nos relatos, que os auxiliares entrevistados pareceram atribuir similaridades entre o seu papel de cuidado e o papel atribuído à família dos pacientes. Ao mesmo tempo que o auxiliar pega para si a responsabilidade de cuidado do paciente como alguém de sua própria família, atribuem à família do paciente a necessidade de tratar os pacientes com transtornos mentais com as mesmas atitudes – orientadas pela lógica biomédica. Isso pareceu

ocorrer pela proximidade tanto família como auxiliares estão muito próximos no contato com o paciente.

Outras questões que apareceram nos relatos das entrevistas e na observações feitas pela pesquisadora foram quanto à visão dos auxiliares sobre a sexualidade dos pacientes e a influência da religiosidade/espiritualidade na prática cotidiana.

Por ser uma unidade de agudos masculina e feminina, que passou por um período breve de internação mista, os auxiliares da unidade experimentaram trabalhar com os dois gêneros misturados. Anterior e concomitante a esse período, formou-se uma comissão de profissionais de diferentes áreas para tratar do assunto. A tentativa de união dos gêneros foi desfeita após fracasso, bem como a comissão deixou de existir. Os participantes tenderam a responder a questões sobre essa experiência com certa resistência, e pôde-se perceber que foi geral o sentimento de dificuldade em falar disso: fosse por falta de recursos próprios, ou por falta de orientação por parte do hospital, embora com relação aos procedimentos adotados, os relatos convergiram para atitudes de vigilância e proibição de relações sexuais.

De acordo com os relatos, estes convergiram para a preocupação quanto ao relacionamento sexual entre os gêneros, bem como às situações de crise, geradoras de agressões e brigas, embora fossem adotados diferentes pontos de vista sobre o assunto, confirmando a visão de Pinto e colaboradores (2007) quanto a presença de práticas sexuais dentro dos serviços de psiquiatria.

Os sentidos dados aos comportamentos sexuais dos pacientes foram de uma atividade própria da existência, a exacerbação da sexualidade como um sintoma da doença mental, tal como encontrado por Pinto e colaboradores (2007), destoando apenas quanto ao sentido encontrado por esses autores no que se relaciona a comportamentos bestiais.

Dessas visões decorrem atitudes de vigilância maiores por parte do funcionário durante o período de trabalho noturno – período que propicia o maior contato entre os pacientes. Esse dado corrobora com os achados de Miranda, Furegato e Azevedo (2008) que relatam, com relação a vivência da sexualidade dos pacientes psiquiátricos, sob o ponto de vista da equipe de enfermagem, uma visão é de que há tendência dessa categoria profissional em estabelecer censura silenciosa sobre a sexualidade do doente mental. Da mesma maneira, isso também ocorreu durante as entrevistas, indo de encontro às expectativas de que um “hospital não é lugar disso”, como diz um dos entrevistados.

Concorda-se com os supracitados autores no que diz respeito a discussão de que essas atitudes apontam para a falta de conversa e treinamento sobre o assunto no ambiente de trabalho, bem como revelam o cumprimento de determinações do estatuto profissional e de uma visão de sexualidade aproximada da doença, negando a sexualidade do paciente como parte da vida cotidiana, circunscrevendo-a no rol dos desvios e transgressões (PINTO e colaboradores, 2007; MIRANDA; FUREGATO; AZEVEDO, 2008).

Outro ponto a ser salientado é quanto a participação da religiosidade/espiritualidade no lidar com os pacientes psiquiátricos. A partir do quadro de distribuição das religiões professadas pelos participantes do estudo pode-se visualizar que todos os participantes relataram ter algum tipo de fé, não necessariamente relacionado a uma ligação religiosa e que as religiões referidas pelos entrevistados foram a católica, a evangélica e a espírita. Essas religiões, segundo pesquisa feita pelo Censo de 2000 (IBGE, 2000) são as mais comuns no país. Nesse sentido, a utilização do quadro dos participantes tem o objetivo apenas de sinalizar a presença de sentimento de fé e/ou religioso entre os participantes e, dessa maneira, discutir a religiosidade conforme Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006) relatam sobre a consistência de dados da literatura científica sobre o impacto da religiosidade na saúde mental da população.

O questionamento sobre as relações entre as religiosidade/espiritualidade e a saúde mental se inserenisse contexto, sob a afirmação de Koenig (2007) de que nos últimos anos tem havido maior atenção ao estudo científico da religiosidade/espiritualidade¹⁹ e sua relação com a saúde e às doenças mentais. Além disso, esse mesmo autor discute que tem-se apresentado evidências em estudos acadêmicos de que a vivência da religiosidade se relaciona com a experiência de transtornos físicos e mentais.

No relato dos entrevistados, religião e espiritualidade foram relatados como recursos que ajudam no contato com o paciente, tranquilizando o funcionário, corroborando com os achados de Dalgarrondo (2007) e Koenig (2007) de a religiosidade/espiritualidade serem encaradas pelos que a professam como um recurso no lidar com situações de estresse intenso.

¹⁹ Religiosidade e espiritualidade são identificados diferentemente, de acordo com a definição utilizada por Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006), em que a primeira é um sistema organizado de crenças e a segunda a busca pessoal, para o que se refere à busca do sagrado e transcendente.

O trabalho desse último autor relata algo semelhante aos achados do presente estudo no que se refere a percepção de que profissionais de saúde não têm valorizado o papel da religião na vida das pessoas em tratamento, em suas práticas cotidianas. Os entrevistados referiram a religiosidade/espiritualidade com função na prática do trabalho com os pacientes com transtorno mental. Para eles, o sentimento religioso pareceu ser entendido como uma interferência na relação do profissional com seu paciente, não como parte de uma experiência compartilhada entre eles. Essa postura retrata um uso pessoal da religiosidade/espiritualidade, como algo particular. Essa visão corrobora com apontamentos de Koenig (2007), que relata uma visão negativa sobre a religião no campo da saúde mental, derivada de uma visão secular de mundo, representada pela ciência, a qual se relaciona com a visão sobre a religiosidade de natureza irracional e potencialmente maléfica.

Houve relatos de situações e experiências de contato com o paciente em crise em ocorreram inexplicados para eles, associados a experiências ditas “anômalas” – o nome dado para experiências extra-sensoriais vividas, descrito por Moreira-Almeida e Lotufo Neto (2003) – durante o contato com o paciente agudo, principalmente o do tipo “psiquiátrico”. Essas experiências são interpretadas por Chibeni e Moreira-Almeida (2007) como do domínio do controverso no campo da saúde mental, no qual encontra-se dificuldade em estabelecer padrões e condições de apresentação bem como sua explicação, mas que apresentam uma realidade no campo do vivido e do construído no do *setting* específico da saúde mental, merecendo estudos aprofundados nesse aspecto.

Essas experiências, segundo Moreira-Almeida e Lotufo Neto (2003), têm um profundo impacto, tanto na vida daqueles que os vivenciam diretamente quanto naqueles que os acompanham com proximidade, como se pode perceber no relato de uma entrevistada acerca de uma situação anômala.

Embora sejam raras – segundo esses autores –, as situações anômalas, bem como o sentimento de religiosidade/espiritualidade podem ser utilizadas como um componentes do tratamento do paciente com transtorno mental, necessitando mais estudos acerca dessas áreas, além treinamentos e orientações para quem lida na prática diária com experiências desse tipo de maneira que possam deixar de ser fontes de medo, “preconceito dogmático”, patologização e mitificação podendo tornar-se assunto para conversa com os pacientes (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2003).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os relatos apresentados neste trabalho convergiram para a apresentação da maneira como se configura o trabalho do auxiliar de enfermagem numa unidade de internação de pacientes agudos em um hospital especializado em psiquiatria, quanto às suas visões e condições para o trabalho cotidiano.

O contato com os entrevistados e com o *setting* de trabalho onde as entrevistas foram realizadas, se apresentou atravessado por múltiplas instâncias, interligadas entre si.

A escolha por trabalhar em um hospital especializado em psiquiatria foi justificada por ser um local público, que geraria maiores oportunidades de emprego e renda, sofrendo influência do contexto de vida dos participantes do estudo e das oportunidades de trabalho ligadas à área de formação. São Foram apontadas deficiências na formação e treinamento dos profissionais para atuarem no campo da saúde mental, porém, essas lacunas puderam ser preenchidas pelo saber aprendido nas experiências ao longo da história de vida, no contato com os pacientes, com a instituição, com funcionários da mesma profissão e de outras profissões, além dos familiares dos pacientes.

Apresenta-se visões que disseram respeito ao *setting* de trabalho e a visão apresentada caracterizou-se por uma prática baseada no modelo biomédico – técnica, prescritiva e hierarquizada –, bem como mudanças introduzidas pela reforma psiquiátrica brasileira – apreendendo aspectos como os direitos dos usuários, sua necessidade de escuta e acompanhamento ao longo da internação. Os apoios para o trabalho apresentados nos relatos dos participantes perpassaram as características do paciente, os avanços no respaldo tecnológico, apoio institucional e condições psicológicas para o trabalho.

A visão dos profissionais acerca das características dos pacientes atendidos relacionou-se a visões sobre a doença mental, as características dos diferentes tipos de pacientes ("psiquiátricos" e "drogaditos"), com diferentes necessidades de cuidado e manejo. Os dados apresentados pareceram evidenciar um caráter de entendimento do paciente em sua necessidade, mas a dificuldade de estabelecer o cuidado direcionado e ela.

Assim, aponta-se a necessidade de melhorar a formação do auxiliar de enfermagem, articular os modelos de cuidado em saúde com a proposta do modelo psicossocial.

Os entrevistados chegaram a sugerir que a instituição promovesse orientação aos novos funcionários sobre rotinas e procedimentos padrão da instituição, reuniões de equipe que efetivamente escutassem as queixas e propostas dos funcionários.

Em complementação a isso, é necessário ressaltar a importância da equipe, rede de serviços e rede social comunitária do paciente como apoios para o trabalho, bem como problematizar a necessidade de apoio psicológico para o profissional como sustentáculos da tarefa diária; mas também promover autonomia de modo que possa se desenvolver um trabalho criativo promotor de saúde no trabalho.

Para que isso seja possível, a proposta é inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de modo que desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, na qual os profissionais não-médicos passam a usar todo seu arsenal tecnológico, o conhecimento para a assistência, escuta e solução de problemas de saúde trazidos pelos pacientes. Quanto à especificidade do auxiliar de enfermagem, isso significa ampliar as atividades próprias da função (curativo, distribuição de medicamentos, auxílio a médicos e enfermeiros), realizando a escuta do problema de saúde do paciente; ou seja, criar uma relação circunscrita ao exercício multiprofissional. Entretanto, a proposta de acolhimento nesses moldes só pode ser possível se a gestão do serviço for participativa, baseada na interação dinâmica entre a equipe (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Acrescenta-se que uma maneira de re significar os componentes de trabalho e organização da rotina dos auxiliares no setor poderia ser a utilização dos componentes subjetivos de aproximação do paciente e envolvimento emocional como formas promoção de acolhimento, conforme proposto por Franco, Bueno e Merhy (1999) nas quais é propiciada a escuta de ruídos do modo como o trabalho no serviço é entendido, expondo a rede de pedidos e compromissos firmados com seus pacientes.

Assim, a configuração da prática em saúde mental do auxiliar de enfermagem, trabalhador de uma unidade de pacientes agudos em internação integral precisa pautar-se numa prática reflexiva a serviço dos usuários.

Numa instituição na qual se configuram práticas como apresentadas no relato dos funcionários, esse processo reflexivo é dificultado por seu caráter rígido e hierarquizado. O auxiliar de enfermagem se localiza, segundo os próprios entrevistados como o nível mais baixo nessa hierarquia. Nesse sentido, as mudanças e transformações da política de saúde e saúde mental chegam a eles com mais dificuldade, sofrendo influência dos níveis hierárquicos superiores.

Nesse sentido, é importante ressaltar o papel da formação em saúde, da formação continuada estendida a todos os profissionais e do movimento de empoderamento do processo de trabalho dessa categoria.

Como consideração final, coloca-se a problemática atual da criação de espaços de discussão, reflexão crítica e escuta entre os profissionais de saúde como um todo em seus *settings* de trabalho, integrando principalmente os que lidam diretamente com o paciente, de modo que nesses espaços se possa conversar sobre questões da prática diária específicas, mas também transcender a elas; relacionando essa prática com repercussões da vida pessoal no trabalho, bem como desse trabalho na vida pessoal do trabalhador em seu meio, promovendo apoio ao trabalhador.

Merhy (1998) propõe que seja feita uma revisão no sentido dado às práticas de tecnologia leve, de maneira que o trabalho se torne centrado no compromisso permanente da instituição, como um todo – e dos seus profissionais, em específico – com a tarefa de *acolher, responsabilizar, resolver, autonomizar*. Borges (2009), por sua vez, propõe a construção de redes de relacionamento livres das hierarquias institucionais, de maneira a contribuir com o tratamento dos pacientes, por meio da criação de espaços abertos e de livre circulação de ideias acerca do serviço de saúde. Esse espaço pode ser organizado em mais de uma atividade, desde que seja integrada no dia a dia da instituição, assim, ele pode ser um espaço de análise institucional, discussão de caso, matriciamento, supervisão institucional ou mesmo grupo de cuidado²⁰.

A exemplo dos usos que os participantes fizeram da entrevista durante a etapa de trabalho de campo – ora escuta do trabalhador (“não sei se eu pude ajudar você”, “me desculpe se não ajudei, mas era isso o que eu tinha pra falar”), ora como instrumento de vigia e avaliação dessas pessoas (a denúncia x a impressão sobre

²⁰ Esse grupo de cuidado seria nos moldes previstos por Oliveira-Pereira e Santos (2012)

os outros membros da equipe com distância “os outros eu não sei, eu sei de mim”) – esses espaços podem, potencialmente ter caráter terapêutico e de suporte pessoal e de grupo profissional.

Os efeitos da criação desses espaços poderiam ser, dentre outras possibilidades, poderia ser a promoção não só da formação profissional, mas também a geração de mais recursos emocionais para lidar com as novas demandas dos serviços, em especial o cuidado com pacientes drogaditos, que mobilizam tantos sentimentos negativos nos funcionários – diminuindo a ação terapêutica do contato emocional entre paciente e cuidadores.

Esses espaços poderiam também propiciar a reflexão sobre que é, na prática, o cuidado integral do paciente de maneira que não haja sobrecarga do funcionário, pois, de acordo com a visão apresentada nas falas, os auxiliares pareceram ter um entendimento equivocado ou pelo menos parcial do que seja atenção integral à saúde. Para Kell (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s/d) questão da integralidade representa, hoje, o maior desafio nas práticas em saúde, não como questão institucional ou política, mas como desafio cultural, para romper com formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas e que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição.

Além disso a criação desses espaços pode ser transformadora de práticas já cristalizadas em outras mais próximas de uma visão de integralidade como busca da compreensão sobre o conjunto das necessidades do paciente, apresentada para além da atenção individual em articulação com ações curativas e reabilitadoras do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s/d), bem como a valorização do trabalhador junto a comunidade onde ele se insere.

É importante ressaltar o caráter ético envolvido, de maneira que as questões pessoais entre os participantes e os aspectos profissionais ligados à equipe possam ser trabalhados em profundidade e proteção para com os envolvidos. Ressalta-se também a necessidade de ser uma atividade permanente no tempo, não em caráter episódico.

Outro grupo que merece atenção, escuta e cuidado é o de profissionais de áreas diferentes do cuidado de saúde mental que atuam nos locais de atenção psiquiátrica, são eles: porteiros, jardineiros, administração, rouparia, cozinheiros e equipe da cozinha, além da limpeza geral. Esses profissionais, apesar de não serem

contratados pelo serviço como cuidadores, muitas vezes exercem a função de escuta, manejo e observação dos pacientes.

Em um momento em que se repensa as ações em saúde, dar atenção, instrução e escuta a esses profissionais é importante, pois integram a equipe de apoio ao paciente. A eles também devem ser dirigidos esforços de cuidado em saúde mental.

Além disso, muitas vezes, a simples presença desses funcionários no setor já era de grande ajuda, porque permitiam aos auxiliares de enfermagem se dedicarem aos pacientes. Em uma das entrevistas, uma participante me conta que quem 'segura as pontas no hospital é esse pessoal'. Numa outra situação, outra entrevistada, é chamada pela auxiliar de limpeza para ajudar o paciente, durante a entrevista.

Segundo relatos dos entrevistados, esses trabalhadores são figuras importantes para a manutenção dos serviços e muitas vezes sofrem de transtornos mentais sem sequer perceberem que precisam de atenção. Um dos participantes relata que esse pessoal, muitas vezes por falta de instrução, não conseguem pedir ajuda no local de trabalho para atendimento de abuso de drogas, apoio psicológico, atendimento médico. Esse relato apresenta um vago panorama dos outros profissionais envolvidos no cuidado de saúde mental. Daí, mais estudos são necessários nesse campo para determinar necessidades e possibilidades de intervenção com eles.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCASTRE, M.B. (1979). As condições socioeconômica sanitárias do atendente psiquiátrico e sua relação com o trabalho que executa. Dissertação de Mestrado Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 68 p.

ANDRADE, S.R.; MEIRELLES, B.H.S.; LANZONI, G.M.M. (2011) Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 35(4):373-381.

ANDREOLI, S.B.; ALMEIDA FILHO, N.; MARTIN, D.; MATEUS M.D.M.L.; MARI, J.J. (2007). É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. *Rev. Bras. Psiquiatria*. São Paulo. 29 (1)., Mar, 43-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20/07/2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000032>.

ARANHA E SILVA, A.L. (2003) Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.

ARTHUR G.L.; BRENDE J.O.; QUIROZ S.E. (2003). Violence: incidence and frequency of physical and psychological assaults affecting mental health providers in Georgia; *J Gen Psychol*; 130(1): 22-45.

ASHTARI Z.; FARHADY Y.; KHODAEI M.R. (2009) Relationship between job burnout and work performance in a sample of Iranian mental health staff. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*, 12(1):71-4.

AWA, WL.; PLAUMANN, M.; WALTER, U. (2010) Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns*. 78(2): Feb, 84-90

BALCH, P.; SOLOMON R. (1976). The training of paraprofessionals as behavior modifiers: a review. *Am J Community Psychol*; 4(2):167-79.

BARROS, R.E.M. (2008). Caracterização Clínica e demográfica das Internações Psiquiátricas na Região de Ribeirão Preto – SP entre 1998 e 2004. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto 120p.

BASAGLIA, F. (2005). A doença e seu duplo: propostas e críticas sobre o problema do desvio. Em: *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p.269-272.

BIASOLI-ALVES, Z.M.; DIAS DA SILVA, M.H.G.F. (1992) Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paideia*, 2:61-9.

BLEGER, J. (2003) Psicanálise do enquadramento psicanalítico; Clinizando; p. 45-57; *Pulsional - Revista de Psicanálise*; 45 (XVI): jun,170.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S.K. (1994) Investigação Qualitativa em Educação. Portugal, Porto: Porto Editora.

BORGES, F.B.M. (2009). O Clube dos Saberes no Hospital análise institucional de uma intervenção. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 162p.

BRÊDA, M.Z., ROSA, W.A.G., PEREIRA, M.A.O, & SCATENA, M.C.M. (2005). Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 450-452. Recuperado em 07 de julho de 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300021&lng=pt&tlng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300021>

BRÊDA, M.Z.; AUGUSTO, L.G.S. (2001). O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):471-480,

BRITTO, ES. (2006) Enfermeiros psiquiátricos: estresse, enfrentamento e saúde. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 102f.

BRUSAMARELLO, T.; NOEREMBERG A.G.; PAES, M.R.; BORBA, L.O.; BORILLE, D.C.; MAFTUM, M.A. (2009). "Cuidado de enfermagem em saúde mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico; *CogitareEnferm.*; 14(1): jan/mar, 79-84.

CALDANA, R.H.L. (1998). A criança e sua educação na família no início do século: autoridade, limites e cotidiano. *Temas em Psicologia*, 6(2): 87-103.

CALGARO A.; SOUZA E.N. (2009). Percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial nos serviços públicos extra-hospitalares de saúde mental. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS); 30(3):476-83.

CAMPOS, C.M.S.; BARROS, S. (2008). Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental; Artigo Original. *Revista de Enfermagem*, 34(3),. Formato eletrônico: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/html/526/body/v34n3a08.htm>, acesso em 16/08/2011

CAMPOS, C.M.S.; SOARES, C.B. (2003). A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciência & Saúde Coletiva*; 8(2): 621-628.

CASTRO, S.A. (2009). Caracterização sociodemográfica e clínica das reinternações psiquiátricas no hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, no período de 2006 a 2007. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 90f.

CENTENA, R.C. (2010). Diagnósticos e intervenções de enfermagem em saúde mental na consulta ambulatorial. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.

CHIBENI, S.S.; MOREIRA-ALMEIDA, A. (2007). Investigando o desconhecido: filosofia da ciência e investigação de fenômenos “anômalos” na psiquiatria *Rev. Psiq. Clín.* 34 (1); 8-16,

CINTRÃO, M.A. (2005). Enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental nos cursos de habilitação profissional de técnico de enfermagem e qualificação profissional de auxiliar de enfermagem. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 109f

COIMBRA, V.C.C; OLIVEIRA, M.M; SCATENA VILLA, T.C.; ALMEIDA, M.C.P. (2005). **Atenção em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família. Texto produzido na disciplina de Políticas de Saúde do Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP)**

COLVERO, L.A; IDE, C.A.C.; ROLIM, M.A. (2004). Família e doença mental: A difícil convivência com a diferença. *Rev. Esc. Enferm. USP.*; 38(2):197-205.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (2002) Decreto nº 94.406/87; Resenha: Regulamentação da Lei nº 7.498/86. Disponível em <http://site.portalcofen.gov.br/node/4173>. Portaria MS 251/2002 disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-251.htm>

CURRID, T. J. (2008). The lived experience and meaning of stress in acute mental health nurses. *British Journal of Nursing*. Mark Allen Publishing, 17(14): 880-884.

DAL POZ, M. R.; ROMANO, R. A. T.; TORRES, M. B.; CORTEZ, M. V. (1992). Formação de Recursos Humanos de Nível Médio em Saúde no Rio de Janeiro: A Experiência da Escola Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 8 (1): jan/mar, 57-61.

DALGALARRONDO, P. (2007). Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Rev. Psiq. Clín.* 34(1); 25-33.

DE MARCO, PF; CÍCERO, VA; MORAES, E; NOGUEIRA-MARTINS, LA. (2008). O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *J. Bras. Psiquiatr.*; 57(3):178-183.

DIAMANTINO, RM; (2010). "Internar ou cuidar": investigando as dinâmicas familiares no contexto da reforma psiquiátrica em Salvador;. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Bahia. 245f.

DICKENS, G.; ROGERS, G.; ROONEY, C.; MC GUINNESS, A.; DOYLE, D.(2009). An audit of the use of breakaway techniques in a large psychiatric hospital: a replication study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*,16(9): 777-783,

EWERS, P., BRADSHAW, T., MCGOVERN, J., & EWERS, B. (2002). Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses? *Journal of Advanced Nursing*, 37:470- 476.

FEITOSA FA, Castro RCB. (2005). Atividades terapêuticas em hospitais psiquiátricos: papel do enfermeiro. *Rev. Enferm. UNISA*; 6:23-31.

FERNANDES, J.D; SADIGURSKY, D.; SILVA, R.M.O; AMORIM, A.B.; TEIXEIRA, G.A.S; ARAÚJO, M.C.F. (2009). Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. *Rev. Esc. Enferm. USP*; 43 (4):962-8.

FONTANELLA, BRUNO JOSÉ BARCELLOS; CAMPOS, CLAUDINEI JOSÉ GOMES; TURATO, EGBERTO RIBEIRO. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, 14(5): Oct. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500025&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Aug. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000500024>.

FRAGA, L.B. (2008) Infância, práticas educativas e de cuidado: concepções de educadoras de abrigo à luz da história de vida. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E. (1999) O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(2): abr-jun,345-353.

GONÇALVES, AM; SENA, RR. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev. Latino-Am. Enf*, 9(2):mar,48-55.

GONDIM, D. S. M. (2001) Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 125p.

GONZALEZ-REY, F L.(2000). Locualitativo y locuantitativoenlainvestigación de lapsicología social.*Rev. Cuba. Psicol.*,La Habana, 17(1). Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43222000000100011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 abr. 2012.

GONZÁLEZ-REY, F. L; (2005). *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Caminhos e desafios* Trad. Silva, M. A. F. São Paulo: Pioneira. Thomson Learning.

GOODWIN, V.; HAPPELL, B. (2007). Psychiatric Nurses Enhancing Consumer and Caregiver Participation in the State of Victoria: The Impact of History and Policy. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 8:(1), 55-63.

GÖTTEMS, L.B.D.; ALVES, E.D.;SENA, R. (2007) A enfermagem brasileira e aprofissionaisização de nível técnico: análise retrospectiva. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(5): setembro-outubro,

GOULART, M. S. B. A. (2006).Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica Pesquisas e Práticas Psicossociais, São João del-Rei, 1(1): jun.

GRADELLA Jr, OSVALDO;(2008). "Políticas públicas em saúde mental: familiares e usuários como atores principais"; Departamento de Psicologia – UNESP/Bauru.

HIRD, M. (2007). Service user involvement in mental health assessment: comparing people's experiences of mental health triage assessments with theoretical perspectives on user involvement. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 13(1):1561-1577.

HIRST, M. (2001) Trends in informal care in Great Britain during the 1990s.*Health & Social Care in the Community*, 9(6): 348-357.

HISCOTT, R. D.; CONNOP, P. J. (1990). The health and wellbeing of mental health professionals. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne De Santé Publique*. 81(6): 422-426.

IACOVIDES A, FOUNTOULAKIS K, MOYSIDOU C, IERODIAKONOU C. (1997). Burnout in Nursing Staff: A clinical Syndrome Rather than a Psychological Reaction? *General Hospital Psychiatry* 19: 419-428,

IBAÑEZ, T. (2001). Como se puede no ser construcionista hoy en día? in *Psicologia Social Construcionista*. Universidade de Guadalajara. México.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Religião. (2000) In: Características Gerais da População: resultados da amostra. Censo Demográfico 2000., Rio de Janeiro, 1-178. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/tabela_brasil.shtm, acesso em 13/07/2012.

ISHARA, S. (2007) Equipes de saúde mental: avaliação da satisfação e do impacto de trabalho em hospitalização integral e parcial. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 153 f.

JORM, A. F.; KORTEN, A. E.; JACOMB, P. A.; CHRISTENSEN, H.; HENDERSON, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(1): 77-83.

KANTORSKI, LP. (2007). O conhecimento produzido em saúde mental e sua aplicação nos serviços. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. 3(1):8. Disponível em <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>, acesso em /

KENNY, A.; MCCONNACHIE, S.; PETRIE, E.; FARRELL, G. (2009). Preparing nurses with enhanced mental health knowledge and skill: a major in mental health. *Collegian*. Royal College of Nursing, Australia, 16(3): 139-146,

KOENIG, H.G. (2007). Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. Trad. Alexandre Augusto Macêdo Corrêa *Rev. Psiq. Clín.* 34(1): 95-104.

KVALE, STEINAR; (1983). The qualitative research interview: A phenomenological and a hermeneutical mode of understanding; *Journal of Phenomenological Psychology*, 14(2):, Fal, 171-196. doi: 10.1163/156916283X00090

LIMA, LV e AMORIM, WM. (2003). A Prática de Enfermagem Psiquiátrica em uma Instituição Pública no Brasil. *Rev, Bras. Enferm.*, Brasília (DF); 56(5): set/out, 533-537.

LINDE MJM, MARTÍNEZ AF, CERVANTES GI. (2005). Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enferm Clin.*, 5(5):p275-82.

MACHADO, R et al. (1978) Danação da norma: medicina social e construção da psiquiatria no Brasil. RJ: Grall, 450p.

MANDÚ, E.N.T.(2004). Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 12(4):julho-agosto, 665-75.

MCALLISTER, M.; MOYLE, W. (2008) An exploration of mental health nursing models of care in a Queensland psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(1):18-26.

MCELFATRICK, S., CARSON, J., ANNETT, J., COOPER, C. L., HOLLOWAY, F. & KUIPERS, E. (2000). Assessing coping skills in mental health nurses: Is an occupational specific measure better than a generic coping skills scale? *Personality and Individual Differences*, 28: 965-976.

MERHY, E.E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público; Ed. Xamã; São Paulo.

MINAYO, M. (2000). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Editora Hucitec ; Abrasco.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1992). ATO Portaria nº 251/GM de 31 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-251.htm> . Acesso em 24/05/2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ATO. (1992). Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf . Acesso em 10/07/2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE.(n.d.) Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Integralidade da Atenção à Saúde. Texto adaptado por: Maria do Carmo Gomes Kell. Disponível em: www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc; acesso em: 18/07/2012.

MINZONI, MA. (1980). Assistência ao doente mental internado: Análise de uma experiência de treinamento de atendentes em hospital psiquiátrico; adaptado de tese de livre docência Departamento de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP. *Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana*. 88(3). Disponível em formato eletrônico: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v88n3p242.pdf> , com acesso em 17/08/2011.

MIRANDA, F.A.N. (2002). Representações Sociais sobre a atuação do enfermeiro psiquiátrico no cotidiano. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 230p.

MIRANDA, FAN; FUREGATO, ARF e Azevedo, DM. (2008) Práticas discursivas e o silenciamento do doente mental: sexualidade negada?. *Esc. Anna Nery. Rev. Enferm.*,12 (1): mar,136-42.

MONTEIRO, P.H.N. (2006). As escolas técnicas do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo - análise dos currículos. Tese de Doutorado. São Paulo; s.n; 128 p. Tab.

MONTEIRO, P.H.N.; DONATO, A.F. (2008). Currículo e aprendizagens: o perfil das escolas técnicas do sistema único de saúde em São Paulo. *Trab. Educ. Saúde* 5(3):399-413.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; Lotufo Neto, F. (2003). Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas. *Rev. Psiq. Clín.* 30 (1):21-28

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H.G.(2006) Religiosidade e Saúde Mental: uma revisão. *RevBras Psiquiatr.* 28(3):242-50.

MORENO, V; ALENCASTRE, MB. (2004). A família do portador de sofrimento psíquico e os serviços de saúde mental: estudo de caso. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá. 26(1):175-181.

NARDI, H.C.; RAMMINGER, T. (2007). Modos de Subjetivação dos Trabalhadores de Saúde Mental em Tempos de Reforma Psiquiátrica PHYSIS: *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(2): 265-287.

NELSON B; SIMMONS MB; YUNG AR; BUCKBY JA; O'DWYER L; FRANCEY SM; LEICESTER S; BAPAT S; MCGORRY PD. (2008). Identifying the ultra-high risk (prodromal) population: evaluation of training workshops with mental health services. *Aust N Z J Psychiatry*, 42(3):Mar,236-43.

NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO).(2004) Systematic Review of Staff Morale in Inpatient Units in Mental Health Settings. BARKAM, M. et. al. (Org).*Report for the National Co-coordinating Centre for* ; July

NOISEUX, S.; RICARD, N.(2008). Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: a grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*, 45(8):1148-1162.

OLIVEIRA LSS, LAMPE GN, MARTINS CL, MIYASHIRO SY. (2002). Profissionalização de atendentes de enfermagem no Estado de São Paulo: um estudo sobre a oferta e demanda de formação. *Rev Latino-am Enfermagem*; 10(5): setembro-outubro,637-43.

OLIVEIRA, A.G. BOTTARO,; ALESSI, N.P. (2003). O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 11(3):333-340.

OLIVEIRA, EB; KESTENBERG, CC e SILVA, AV. (2007). Saúde mental e o ensino sobre drogas na graduação em enfermagem: as metodologias participativas. *Es. Anna Nery. Rev. Enferm.*; 11(4): dez;722-7.

OLIVEIRA-PEREIRA, T.T.S; SANTOS, M.A. (2012). Grupo de cuidado com a equipe de saúde mental: uma estratégia de desenvolvimento profissional. *Journal of Human Growth and Development*. 22(1): 1-8.

PAULILO, M.A.S.(1999). A pesquisa qualitativa e a história de vida; *Serv. Soc. Rev.*, Londrina,2(2):135-148, Jul./Dez.

PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H.L. (2008) Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, ISSN 1414-3283. ISSN online 1807-5762.2008.

PEGORARO, RF & CALDANA, RHL. (2006) Sobrecarga de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial. *Psicologia em Estudo*, Maringá,11(3): set./dez, 569-577.

PEREIRA, MAO e PEREIRA Jr, (2003). A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 37(4):92-100.

PEREIRA, MAO. (2003) Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*; 7(12): 71-82.

PERES, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. (2006) Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto & Contexto Enferm*; 15(3):492-499, jul.-set.

PESSOTTI, I. (1996). *O século dos manicômios*. Rio de Janeiro, RJ: Editora 34.

PESSOTTI, I. (1999). *Os nomes da loucura*. São Paulo: Editora 34.

PIKO BF. (2006) Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 43:311–318.

PINHO, LB; HERNÁNDEZ, AMB e KANTORSKI, LP. (2009). O Discurso sobre o acolhimento e a acessibilidade nos serviços comunitários de saúde mental. *Cogitare Enferm.*, 14(4): Out/dez, 612-9.

PINTO, D.S.; MANN, C.G.; WAINBERG, M.; MATTOS, P.; OLIVEIRA, S.B. (2007). Sexuality, vulnerability to HIV, and mental health: an ethnographic study of psychiatric institutions. *Cad.Saúde Pública* 23(9): Sep, 2224-2233.

RIBEIRO, BS; GONÇALVES AMC. (2002). Reforma Psiquiátrica: a visão do enfermeiro. *Enferm Atual*; 2(11):27-35.

RÍOS RISQUEZ MI, PEÑALVER HERNÁNDEZ, F, GODOY FERNANDES, C. (2008) Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*; 19(4):169-78.

RODRIGUES, R.M.; SCHNEIDER, J.F.(1999) A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, 7(3):jul. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000300006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 ago. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691999000300006>.

SAIDEL MGB, TOLEDO VP, AMARAL JR, DURAN ECM. (2007). O enfermeiro psiquiátrico numa instituição estatal: estudo exploratório descritivo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*; 28(2):200-6.

SHIMOMITSU T, OHYA Y, ODAGIRI Y. (2003). Burnout and associated job stress among Japanese hospital nurses. *Journal of Psychosomatic Research*; v55, p147–178.

SIEGFRIED N; FERGUSON J; CLEARY M; WALTER G; REY JM.(1999). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding patients' problematic drug and alcohol use. *Aust N Z J Psychiatry*, 33(2):267-73.

SILVA, A.LA; FONSECA, R.M.G.S. (2005). Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, 13(3):June Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300020&lng=en&nrm=iso>. accesson 17 Aug. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300019>.

SILVA, M.C.F, FUREGATO, A.R.F.; COSTA JÚNIOR, M.L. (2003). Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(1), 7-13. Recuperado em 07 de julho de 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000100002&lng=pt&tlng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000100002>.

SILVA, M.N. (2008). Vigilância em Saúde: desafios na construção do currículo de um curso técnico. Experiência da escola Politécnica na formação de nível médio para o SUS. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro; s.n.; XIV, 129 p. tab, graf.

SILVEIRA, L.C.; BRAGA, V.A.B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, 1(4): Aug.. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000400019&lng=en&nrm=iso>. Access on 05 Feb. 2011. doi: 10.1590/S0104-11692005000400019.

SIMÕES, J; AMANCIO, L.(2004). Gênero e enfermagem: Um estudo sobre a minoria masculina. *Sociologia*, Oeiras, 44:jan. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292004000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 jul. 2012.

SOUZA, RC; HILDEBRANDT, LM; SCATENA, MCM e PEREIRA, MA. Projeto terapêutico na atenção em psiquiatria: a importância da inserção familiar

SPADINI, LS; SOUZA, MCBM. (2010) Preparo de Enfermeiros nos grupos em saúde mental. *Esc. Anna Nery, Rev. Enferm.*; 14(2):355-360.

STATHOPOULOU H, KARANIKOLA MN, PANAGIOTOPOULOU F, PAPATHANASSOGLOU EDE. (2011). Anxiety levels and related symptoms in emergency nursing personnel in Greece. *Journal of Emergency Nursing*. Elsevier Inc. 37(4): jul, 314-320.

TAVARES, CMM. (2006). Análise crítica de uma experiência de integração do estágio de enfermagem em saúde mental ao Sistema Único de Saúde. *Esc. Anna Nery R Enferma*. 10(4):740-7

TRIVIÑOS, ANS. (1987). Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, *apud* TURATO. Introdução à metodologia de pesquisa clínico-qualitativa – definição e principais características; *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2000 jan/jun. (2001). Sociedade Portuguesa de Psicossomática. Porto: Portugal. 93-108.

TURATO, EG. (2000). Introdução à metodologia de pesquisa clínico-qualitativa – definição e principais características; *Revista Portuguesa de Psicossomática*, jan/jun. 2(001). Sociedade Portuguesa de Psicossomática. Porto: Portugal. P93-108.

TURATO, EG; (2003). Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, Discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas; Petrópolis, RJ:Vozes,.

TURATO, ER. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa; *Revista Saúde Pública*; 39(3):507-14.

VALLE, L.H. S. R (2007) Relações pais-filhos e separação conjugal: perspectiva de filhos no contato com pai com o qual não coabitam Monografia de Iniciação Científica. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP

VERE-JONES, E. (2007). Harming the healers. *Nursing Times*, 103(27):16-17,

VILAS BOAS MA. (2004) Passagem de Plantão de enfermagem em um hospital dia psiquiátrico. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

VILLELA, S. D. C.; SCATENA, M. C. M. (2004). A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600022&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

WELLER, L.; GRUNES, S. (1988). Does contact with the mentally ill affect nurses' attitudes to mental illness? *The British Journal of Medical Psychology*, 61:277-284.

WETZEL C, KANTORSKI LP. (2004) Avaliação de Serviços em Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica. *Texto & Contexto Enfermagem*,/vol 13(004): out-dez, 593-598. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC..

YOUNES N; GASQUET I; GAUDEBOUT P; CHAILLET MP; KOVESS V; FALISSARD B; HARDY BAYLE MC. (2005). General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC FamPract*; 6(1):18

ZERBETTO, SONIA REGINA; PEREIRA, MARIA ALICE ORNELLAS. (2005). O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, 13(1):Feb. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100018&lng=en&nrm=iso>. Access on 16 Aug.2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000100017>)

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Fernanda de Sousa Vieira, sou psicóloga pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo e pesquisadora em um estudo sobre os profissionais de saúde auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital especializado em psiquiatria, sob orientação da Profª. Drª. Regina Helena Lima Caldana, psicóloga e professora da Universidade de São Paulo, na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

E venho lhe fazer um convite para participar do meu estudo, por meio de uma entrevista. **O objetivo dele é buscar conhecer como profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem veem, em seu exercício profissional, o contato com pacientes psiquiátricos em período de internação a partir do ponto de vista de quem relata o acontecimento.**

Assim, é necessário que você esteja ciente de algumas informações:

1. A realização da entrevista ocorrerá em uma sala reservada do Hospital ou em outro local de sua preferência, em horário a combinar. Embora não haja uma duração definida de antemão, essa entrevista costuma ser realizada, em média, em dois encontros de uma hora e meia de duração. Durante a entrevista, será necessária a utilização de um gravador, caso você não se oponha, pois é preciso que tudo o que você me disser seja registrado.
2. Você será livre para deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar. Caso não se sinta à vontade com alguma questão, poderá deixar de respondê-la, sem que isso implique em qualquer prejuízo. Se não concordar em participar desse trabalho ou interromper sua participação não sofrerá prejuízo.
3. Sua identidade será mantida em sigilo. As informações serão apresentadas de forma não individualizada, em seu conjunto, para os fins de investigação científica: apresentação em eventos e publicações de divulgação da pesquisa. É nesse formato que o trabalho estará publicamente disponível em sua forma final, para quem desejar consultá-lo, e para uma devolutiva à instituição.
4. Você não terá nenhum custo financeiro na sua participação, consequentemente, não haverá nenhum ressarcimento pela sua participação no estudo.
5. Considera-se que não exista nenhum risco significativo em participar deste estudo, porém caso você sinta algum desconforto decorrente dessa entrevista, você poderá ser encaminhado para atendimento especializado.

Caso queira falar comigo, você pode me encontrar no telefone (16) 36023804.

Após ter tomado conhecimento desses fatos e de aceitar participar da pesquisa sem ter sofrido pressão para tanto: Eu, _____, aceito participar deste estudo, sendo que a minha participação é voluntária e estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar com este estudo, sem que isso me acarrete nenhum tipo de prejuízo.

Recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de poder lê-lo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de ____.

Assinatura do participante

Fernanda de Sousa Vieira - CRP: 06/101877

Ciente

Profª. Drª. Regina Helena Lima Caldana – CRP: 06/18277

Deptº. de Psicologia e Educação – FFCLRP/USP

ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**Roteiro de entrevista****PARTE I: Identificação/caracterização**

Nome:

Contato telefônico:

Data de Nascimento:

Religião:

Ocupação:

Formação:

Vínculo empregatício:

Estado civil:

Tempo de trabalho em saúde mental:

Tempo de trabalho no hospital:

Pessoas com quem reside:

NOME	PARENTESCO	IDADE	FORMAÇÃO	REND A APROXIMADA	OBSERVAÇÕES

Renda familiar total:

PARTE II: História de Vida Temática

A)- História de vida (PARTE ESPONTÂNEA /relato espontâneo)

B) Roteiro de tópicos

Descrição da formação acadêmico/profissional

Trajetória profissional na saúde mental (como começou a trabalhar em saúde mental / como começou a trabalhar no hospital)

Início do trabalho em saúde mental e no hospital (descrição da inserção, treinamento recebido e forma como se sentiu)

Descrição do trabalho atual: funções e atividades realizadas (descrição, forma como se sente, dificuldades/aspectos negativos, facilidades/aspectos positivos, apoio recebido, apo considerado necessário)

Mudanças nas condições de trabalho, na forma de desempenhar a função e aprendizados ao longo do tempo de trabalho no hospital/ como vê a mudança de paradigma no tratamento em saúde mental (novos modos de tratamento - internação compulsória, múltiplas internações, mudanças na administração do hospital, medicamentos/psicoterapia/terapia ocupacional (eles funcionam?))

Como se sente desempenhando essas funções e atividades

Como é ter contato com quem tem transtornos mentais e com as pessoas internadas/ (descrição, forma como se sente quanto a isso, dificuldades/ aspectos negativos, facilidades/ aspectos positivos, estabelecimento de vínculo e separação com a alta, afinidades e “distância”/ influência na forma como vê a vida)

Como é o contato com a família do paciente, influência no contato com o paciente

A internação em hospital especializado em psiquiatria (a experiência para a pessoa em sofrimento psíquico, perspectivas para o futuro da pessoa que passou por uma internação e , perspectivas para o futuro do serviço)

Trabalho x casa: dificuldades/aspectos negativos, facilidades/aspectos positivos

Perspectiva de futuro: - trabalho e na vida pessoal

Apoios buscados na vida pessoal e no trabalho (espiritual/religioso/outros profissionais/de outras áreas). Métodos que busca para relaxar as tensões do trabalho (terapia, drogas, conversas com os amigos, com a família)

Conselhos para um futuro trabalhador na sua função

Depoimento final livre

Com que nome gostaria de ser citado no trabalho