

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATU SENSU EM SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA EM SOFRIMENTO  
PSÍQUICO**

Amanda Manuella Dantas Nobre

CAMPINA GRANDE – PB

2012

AMANDA MANUELLA DANTAS NOBRE

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA EM SOFRIMENTO  
PSÍQUICO**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Estadual da Paraíba, como pré-requisito para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Jadcely Rodrigues Vieira

CAMPINA GRANDE – PB  
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL-UEPB

N754a Nobre, Amanda Manuella Dantas.

Assistência de enfermagem a pessoas em sofrimento psíquico  
[manuscrito]. / Amanda Manuella Dantas Nobre. – 2012.

55 f.

Monografia (Especialização em Saúde Mental e Atenção  
Psicossocial) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de  
Ciências Biológicas e Saúde, 2012.

“Orientador: Profa. Esp. Jadcely Rodrigues Vieira,  
Departamento de Psicologia”.

1. Doença mental. 2. Saúde mental. 3. Enfermagem. 4. Pessoas  
com necessidades especiais. 5. Sofrimento psíquico. I. Título.

CDD 21. ed. 152.4

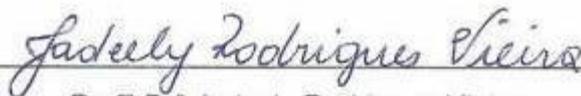
AMANDA MANUELLA DANTAS NOBRE

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA EM SOFRIMENTO  
PSÍQUICO**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Estadual da Paraíba, como pré-requisito para obtenção do título de especialista.

Aprovada em 13 de fevereiro de 2012.

**Comissão Examinadora**



Profª Drª Jadcely Rodrigues Vieira

Orientadora



Profª Drª Gislene Farias de Oliveira

Examinadora

---

Esp. Janayna Rodrigues Vieira

Examinadora

Nobre, Amanda Manuella Dantas. **Assistência de enfermagem a pessoas em sofrimento psíquico** [manuscrito]. Monografia (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e Saúde, 2012.

## RESUMO

O presente estudo se propôs a investigar as concepções da equipe de enfermagem, das Alas Clínica e Cirúrgica, acerca da assistência a pacientes em sofrimento psíquico, em um Hospital Universitário. Para isso utilizou-se de formulários elaborados para o propósito da pesquisa. A amostra constou de Enfermeiros e Técnicos de enfermagem, num total de 27 participantes. A avaliação dos resultados foi realizada através de Análise de Conteúdo temático. Os resultados implicaram em algumas categorias, dentre as quais “Sentimentos”, com quatro sub-categorias: Medo/insegurança; Despreparo/necessidade de capacitação; Compaixão e, Aptidão. Estas demonstraram que a equipe de enfermagem, tal como percebida em outros estudos semelhantes, ainda apresenta dificuldades em sua atuação com pacientes em sofrimento emocional.

Palavras-chave: **Doença mental, Enfermagem, Sofrimento psíquico.**

Nobre, Amanda Manuella Dantas. **Nursing care to persons psychological distress** [manuscrito]. Monografia (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e Saúde, 2012.

### **ABSTRACT**

The study aim to explore the concepts by the nursing team, the Clinical and Surgical Wards, about the care of patients under psychological distress in a university hospital. For this, forms were developed and used for the study's purpose. The sample consists of nurses and nursing technicians, a total of 27 individuals. The evaluation of the results was performed using thematic content analysis. The results entailed in one of the following categories: feelings, with four sub-categories: Fear / Insecurity, Lack of skills / training needs, Compassion and Fitness. These showed that the nursing staff, as seen in other similar studies, still have difficulties in their work with patients under emotional distress.

Keywords: **Mental health, nursing, psychological distress**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>06</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>11</b>
2.1 Objetivo Geral .....	11
2.2 Objetivos Específicos .....	11
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>12</b>
3.1 Contextualizando a Reforma Psiquiátrica no Brasil .....	12
3.2 Saúde Mental no Hospital Geral .....	13
3.3 Processo de Trabalho do Enfermeiro em Saúde Mental .....	14
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>16</b>
4.1 Tipo de Estudo .....	16
4.2 População e amostra .....	16
4.3 Cotejo de dados .....	16
4.4 Análise dos dados .....	17
4.5 Considerações Éticas .....	17
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>19</b>
5.1 Caracterização da amostra .....	19
5.2 Categorias temáticas.....	21
5.2.1 Sentimentos .....	21
5.2.2 Concepções acerca da saúde/doença mental .....	25
5.2.3 Opinião sobre a reforma psiquiátrica .....	27
5.2.4 Concepções sobre as práticas assistenciais à pessoa em sofrimento psíquico .....	33
5.2.5 Opinião quanto a implantação de leitos psiquiátricos no hospital universitário..	38
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>43</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>44</b>

### APÊNDICES .

APÊNDICE A – Perfil Sócio-econômico-demográfico e profissional dos participantes

APÊNDICE B – Questionário para coleta de dados

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE D – Termo de Compromisso do Pesquisador

### ANEXO

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, os fenômenos emocionais e psíquicos são subjugados por concepções do pensamento positivista que, segundo Minayo (2008), aborda como tese básica que só é real aquilo que pode ser captado pelos sentidos humanos. A dicotomia corpo/mente e a idéia fragmentada de que é possível compreender a totalidade pelo estudo de suas partes influenciou profundamente a maneira de abordar o processo saúde-doença pela redução do homem à sua dimensão biológica (BASAGLIA, 1991).

A definição de doença mental como desrazão, atribuiu um sentido de sujeito alienado que influenciou na negação de sua condição humana e no isolamento da pessoa em sofrimento psíquico, determinando o modelo manicomial o qual foi amplamente observado nas práticas assistenciais em saúde mental (AMARANTE, 1996)

Considerando a trajetória de modificações na atenção em Saúde Mental orientadas pela Reforma Psiquiátrica, vivenciamos uma reorganização dos serviços, instituindo uma rede substitutiva de saúde que propõe mudanças nos cuidados realizados as pessoas em sofrimento psíquico para promoção de reinserção social, por meio do funcionamento integrado de vários serviços em níveis de atenção e complexidade alocados no sistema de saúde, com profissionais qualificados adequadamente às novas perspectivas da saúde mental (MORGADO; LIMA, 1998).

Essa transição do paradigma hospitalocêntrico para o psicossocial é possibilitada pela construção de espaços de atendimento e acolhimento, que se dá através de um processo dinâmico compreendendo diretrizes políticas, legais e normativas, numa seqüência de etapas como a diminuição das admissões em hospitais psiquiátricos, pela provisão de serviços comunitários; a desospitalização. Após preparação, de pacientes internados por longos períodos, a implantação de Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e Centro de Atenção Psicossocial; ampliação do atendimento ambulatorial psiquiátrico e a criação de serviços de pronto atendimento para urgência e emergência psiquiátrica; a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; enfim, a criação e manutenção de uma rede de serviços para atender a esses pacientes (BANDEIRA et al, 1998).

Freqüentemente está presente a associação de doenças de caráter orgânico a patologias psiquiátricas, e, sobretudo, o sofrimento psíquico que o processo de hospitalização pode desencadear, o que requer da equipe assistencial uma atenção além das queixas

somáticas e sintomas aparentes, para perceber os sintomas de angústia, ansiedade e tristeza que podem ocorrer (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001).

Os profissionais de saúde de hospitais gerais tendem a se deter ao atendimento das necessidades físicas, com pouca atenção aos aspectos psíquicos e emocionais do paciente (SCHERER *et al*, 2002). De modo geral, a equipe de enfermagem não se sente à vontade no cuidado às pessoas em sofrimento mental, devido à falta de qualificação ou por sua formação ter sido focada exclusivamente no modelo manicomial (MION;SCHNEIDER, 2003).

Botega (1995) afirma que grande parte dos hospitais gerais encontra dificuldades provenientes da internação de pacientes psiquiátricos em enfermarias destinadas a patologias clínicas. Tais dificuldades estão relacionadas ao manejo de pacientes agitados, à atitude de familiares e à resistência da própria instituição. As unidades de clínica médica recebem, com frequência, pessoas com sintomas de transtornos de somatização e conversivos; com sintomas depressivos, em diferentes graus, vinculados a doenças orgânicas e indícios de sofrimento psíquico em função da própria hospitalização, mas, geralmente, o enfoque do tratamento é dado aos aspectos clínicos, já que a internação justifica-se por queixas orgânicas.

Ressalta-se também que as equipes precisam ter atenção no seu processo de trabalho para não repetir relações manicomiais ao atenderem pessoas em sofrimento psíquico. Desta forma, o paradigma utilizado não poderá ser somente o biológico, centrado na doença e nos sintomas independentes do contexto, mas sim aquele que busca atender o usuário em suas necessidades e com toda a complexidade da sua condição socioeconômica e cultural.

Refletindo sobre como tem ocorrido à inserção e a atuação dos profissionais de enfermagem na saúde mental, encontramos em Jorge et al (1998) comentários que permitem afirmar que a grande maioria da equipe de enfermagem não se sente preparada para atuar na Enfermagem Psiquiátrica ou em Saúde Mental.

Historicamente o papel do enfermeiro psiquiátrico foi definido como agente de vigilância e repressão, contudo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica conduzem o enfermeiro a assumir junto a uma equipe multiprofissional um papel de agente terapêutico. Propõe-se, portanto, uma ampliação das habilidades para efetuar trocas nos cenários da vida pessoal e social, a enfermagem busca novos referenciais e encontra também dificuldades e desafios em reconhecer seu papel no cuidado em saúde mental (KIRSCHBAUM, 2000).

A Reforma Psiquiátrica diz respeito a um processo político e social complexo, composto por atores e instituições diferentes, sendo compreendida como um conjunto de transformações de práticas, serviços, saberes, valores culturais e sociais.

Neste sentido, os enfermeiros necessitam, portanto, refletir sobre sua prática e ampliar sua visão profissional, transpondo as atividades cotidianas do modelo manicomial e clínico de limitar-se a procedimentos como medicações, banhos e curativos, buscando maior aproximação e interação com os sujeitos aos quais se destinam seu cuidado (RODRIGUES; SCHNEIDER, 1999).

No modelo de atenção psicossocial o enfermeiro busca estabelecer um relacionamento terapêutico com a pessoa em sofrimento psíquico que assiste. É necessário que, a sua prática possibilite o acolhimento das pessoas em crise, e ainda que todos os envolvidos possam ser ouvidos e desenvolvam vínculos terapêuticos, proporcionando uma postura de responsabilização do profissional que presta o cuidado (AMARANTE, 2007).

A prática profissional da enfermagem refere-se à interação com pessoas em situações de vulnerabilidade ocasionadas pelo adoecimento e suas repercussões sociais, emocionais, econômicas e familiares, em todo contexto que envolve este ser que é cuidado, dessa forma, o profissional está frequentemente lidando com valores diversificados, seus e dos outros, que nem sempre se assemelham, podendo gerar conflitos em que a ética deve ser observada no processo de decisão e de cuidados de enfermagem para que a qualidade da assistência seja garantida sem que nenhum direito humano seja infringido.

As decisões de enfermagem podem afetar significativamente a vida das pessoas. Os princípios, que regidos pela Bioética, permitem equacionar as regras gerais para as decisões morais conflituosas que surgem na prática de enfermagem, devem ser difundidos na academia e na formação destes profissionais, os usos do raciocínio lógico e do julgamento clínico de enfermagem devem reconhecer simultaneamente a sua responsabilidade e a fragilidade do outro, em um agir que baseia-se na defesa da dignidade humana (SOUZA et al, 2005).

Nessa perspectiva, existe a Ética do cuidar, sem a qual não é possível atingir a excelência e cujo fim é regular eticamente a ação de cuidar, analisando de uma forma racional e crítica o seu significado, despertando o desafio de refletir sobre liberdade, intimidade, justiça e bem (ROSELLÓ, 2009).

O enfermeiro que se encontra na prática em saúde mental tem encontrado dificuldades para desenvolver seu processo de trabalho, indicando que, a relação terapêutica, ou foi delegada a outros da equipe de enfermagem, ou não está sendo realizada pelos enfermeiros, ocupando-se este mais frequentemente de funções administrativas e burocráticas (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Os princípios da incurabilidade, imprevisibilidade e agressividade do doente mental permeiam o cotidiano das equipes, provocando dificuldades no atendimento a essa clientela nos hospitais gerais. Segundo Valle (1997) diversos fatores podem estar relacionados à resistência das equipes de pronto-socorro de um hospital geral em atender pessoas com transtornos mentais, desde os relacionados à formação inadequada, o despreparo, preconceito além de estigmas culturais e sociais.

O processo de cuidar implica, em sua própria essência, a virtude da responsabilidade, não sob uma perspectiva paternalista, mas na dimensão da beneficência, o comprometimento de que seus atos afetem positivamente àqueles a quem se dirigem. A dimensão ética do cuidar de enfermagem tem um sentido amplo por englobar as ações já feitas, o que se tem feito, o que se omite ou evita fazer. Assim, exige habilidade, técnica, conhecimento, mas supera esses conceitos no que diz respeito à ética em sua aplicação (ROSELLÓ, 2009).

O modelo de atenção psicossocial visa proporcionar tratamentos que, além da condição clínica do indivíduo, promovam sua recuperação, reabilitação, reinserção social, intervindo na convivência com a família e sociedade, respeitando os limites de cada um. No processo de construção da autonomia do paciente, integra a capacitação para uma participação social útil e produtiva, em busca de transformar, progressivamente, a relação da sociedade com o doente mental em termos de valores, superação de paradigmas, preconceitos e opiniões culturalmente estabelecidas (BRASIL, 2002).

O próprio ato humano de conhecer um determinado objeto ou de interagir com este traz, atrelado a si, a formulação de concepções. É preciso entender, dar nomes, situar determinado elemento, para que se possa basear as ações como os prejulgamentos ou juízos provisórios, considerados imprescindíveis à existência da vida cotidiana e norteadores, das ações, enquanto referência (HELLER, 1992).

Transcorridos alguns anos da Reforma Psiquiátrica espera-se que tenham ocorrido modificações tanto na formação dos enfermeiros quanto nas práticas por eles desenvolvidas.

Os membros da equipe de enfermagem à medida que desenvolvem suas atividades diárias, percebem e captam, na maioria das vezes, como estão prestando esta assistência. Por conseguinte, esta reflexão serve para o profissional como um espelho de sua prática, conseqüentemente como base para críticas ao seu desenvolvimento, ou às condições de trabalho oferecidas.

A atuação do enfermeiro junto ao doente mental em hospitais gerais é de extrema importância, não só pelo fato de ser a hospitalização um evento que modifica o cotidiano do usuário, despertando sentimentos diversos, pela permanência na instituição e a exposição a

procedimentos, por vezes, invasivos, mas também pelo enfermeiro ser, teoricamente, o profissional quem mantém, na maior parte do tempo, o contato com o usuário.

O questionamento sobre como ocorre a assistência da pessoa em sofrimento psíquico no hospital universitário surgiu a partir da vivência enquanto enfermeira da referida instituição, no confronto com situações que demandam a aplicação de um cuidar holístico, em que se faz necessária a aplicação dos conhecimentos construídos no curso de pós-graduação *latu senso* em Saúde Mental da Universidade Estadual da Paraíba.

A opção da realização do estudo em um hospital universitário justifica-se por ser este um local de produção de conhecimento e capacitação profissional, atribuído da responsabilidade social de contribuir para qualidade da formação dos profissionais em concordância com as políticas atuais de saúde, que sejam comprometidos com a assistência a saúde humanizada e holística.

Neste contexto, torna-se relevante conhecer como as equipes de enfermagem de um hospital universitário percebem sua atuação e interação com os portadores de transtornos mentais, buscando compreender a dinâmica de sentimentos que emanam da sua prática cotidiana reafirmamos que o adoecimento mental não exclui as possibilidades de adoecimento orgânico que necessite de atendimento clínico.

Este estudo busca compreender e analisar as práticas assistenciais ao portador de transtornos mentais no hospital universitário e os seus efeitos na integralidade do cuidado, na perspectiva de situar a unidade hospitalar e sua relação com a rede de serviços de saúde mental, destacando os aspectos sociais, políticos e culturais a que se referem à nova dinâmica de assistência a saúde mental baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Conhecer as concepções da equipe de enfermagem, das Alas Clínica e Cirúrgica, acerca da assistência a pacientes em sofrimento psíquico no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever os sentimentos que a equipe de enfermagem vivencia ao interagir com pacientes em sofrimento psíquico no HUAC;

- Identificar as facilidades, desafios e dificuldades da equipe de enfermagem em desempenhar seu processo de trabalho frente a situações em que a saúde mental é pertinente;

- Verificar se as concepções da equipe de enfermagem acerca da assistência de enfermagem a pacientes em sofrimento psíquico no hospital universitário estão em consonância com as diretrizes preconizadas pela Reforma Psiquiátrica.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 Contextualizando a Reforma Psiquiátrica no Brasil**

A constituição do saber sobre a loucura predominante no período clássico que considerava a perspectiva de contradição a razão, subjugou o louco ao confinamento social. Os primeiros hospícios tinham características asilares, ou seja, espaços de abrigo, encarceramento e isolamento do que fugia à ordem social. Somente no século XIX há uma percepção científica do adoecimento mental, ocorrendo então a medicalização da loucura (AMARANTE, 1995)

Goffman (1988) se refere aos hospitais psiquiátricos como instituições de caráter estigmatizante e excludente, capaz de produzir a cronificação da doença mental. Podendo ser caracterizada como uma instituição que promove a perda de contato com o mundo externo, ócio coação, sedação química, submissão às autoridades médicas e ao corpo técnico, maus tratos e perda de perspectiva de vida extra-hospitalar.

A institucionalização da loucura ao definir como seu lugar o hospital psiquiátrico enfatiza a representação da periculosidade do louco. As práticas manicomiais criam um território de segregação, sobrepondo o aspecto de punição sobre o tratamento (AMARANTE, 1995).

O Movimento de Reforma Psiquiátrica surgiu na década de 70 para questionar as práticas e propor mudanças na organização dos serviços de Saúde Mental. Em decorrência da adoção do objetivo de reverter a marginalização da pessoa em sofrimento psíquico, as práticas assistenciais atualmente recomendadas pela Reforma Psiquiátrica resultam de operações tecno-políticas realizadas no campo da Saúde Mental, da integração de uma ética humanista e de transformações na estrutura dos micropoderes; sobretudo em decorrência de uma tendência de horizontalização das relações estabelecidas tanto entre trabalhadores quanto entre estes e os usuários dos serviços de saúde (AMARANTE, 2000).

É estabelecida, portanto, conformidade entre os dispositivos institucionais no princípio da integralidade, propondo articulação, acolhimento, responsabilidade, vínculo, acessibilidade e atenção territorial, como eixos norteadores de práticas e valores (BRASIL, 2002). As noções de vínculo e acolhimento podem ser consideradas estratégias para a materialização da integralidade em experiências inovadoras do Sistema Único de Saúde (GOMES; PINHEIRO, 2005).

### 3.2 Inserção da Saúde Mental no Hospital Geral

Segundo o Ministério da Saúde (2001), a internação Psiquiátrica só deve ocorrer quando todos os outros recursos terapêuticos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Com a luta antimanicomial e a progressiva redução de hospitais psiquiátricos, ao passo que a rede substitutiva é implantada no Brasil, há uma demanda para os hospitais gerais que fornecem suporte através dos leitos ou unidades de psiquiatria, além das urgências e emergências psiquiátricas.

Cabe destacar ainda que, concomitantemente ao adoecimento mental, podem ocorrer outros distúrbios orgânicos que demandem atendimento clínico, aos quais os hospitais gerais devem oferecer cuidados, seguindo os princípios de integralidade e universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

O atendimento em unidade psiquiátrica em hospital geral atenua o estigma provocado pela internação em manicômios, facilita o contato com a família ou comunidade de origem e possibilita menor tempo de permanência no hospital, facilitando a reinserção social dos portadores de transtornos mentais (TEIXEIRA Jr, 2010)

A unidade psiquiátrica em hospital geral diz respeito a um conjunto de serviços de saúde mental situados em uma estrutura hospitalar, podendo ser encontrada na forma de leitos ou uma enfermaria reservada para atendimento a pacientes com transtornos mentais, unidade de emergência psiquiátrica ou ainda hospital dia (BOTEGA, 1995).

Segundo estabelecido pelo Ministério da Saúde através da Portaria n 224, de 1992, o Pronto Atendimento em Saúde Mental e Psiquiatria tem por objetivo controlar a gravidade do quadro, prestando atendimento ao cliente em sofrimento psíquico em caso de urgência, encaminhando o mesmo, após período de observação, quando necessário, ao serviço devido. Geralmente estão inseridos nos prontos-socorros gerais, possuindo leitos de observação por 48/72 horas; com cuidados intensivos, conforme a exigência de cada caso. O Número de leitos psiquiátricos não deve ultrapassar 10% da capacidade hospitalar, sendo o limite máximo 30 leitos (BRASIL, 1992).

Estes serviços visam à redução do número e do tempo de internações, e devem racionalizar os critérios de hospitalização, tratando de transtornos mentais agudos que tenham condições de remissão ou estabilização num prazo de 72 horas. Mesmo o tratamento de emergência, deve reconduzir o paciente à comunidade, a não ser em casos especiais que necessitem de comprovada internação hospitalar (MENDES et al., 1995). Dessa forma, a

internação do doente mental em hospital geral requer serviços extra-hospitalares que dêem suporte ao paciente, após a sua alta, já que, normalmente, as internações são de curta duração.

Porém, ainda parece evidente a dificuldade da inserção da psiquiatria no hospital geral. Um fator agravante que merece destaque é a presença de equipes pouco comprometidas com o cuidado do paciente psiquiátrico e, conseqüentemente, com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Algumas equipes cuja formação está voltada para a área clínica, se mostram resistentes em cuidar de situações que fogem àquela vinculada aos aspectos orgânicos. Já na perspectiva dos profissionais de psiquiatria, em muitas ocasiões, considera-se a única detentora do conhecimento científico que a torna capaz de abordar situações que envolvem o adoecimento mental (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001).

Outra colocação importante a salientar é a preocupação da equipe com os procedimentos técnicos, principalmente em hospital geral, subestimando a relevância da escuta, do estar perto, do afetivo, da capacidade de ser continente e acolhedor, tão necessários durante o cuidado prestado pelos profissionais.

### **3.3 Enfermagem e processo de Trabalho em Saúde Mental**

Considerando que Reforma Psiquiátrica propõe uma mudança de paradigma, fica evidente a necessária modificação de postura do enfermeiro. A efetiva adoção de uma abordagem holística, que considere a individualidade do ser humano, o contexto de saúde e doença no qual está inserido e o relacionamento interpessoal, são elementos fundamentais no processo de reabilitação e promoção do autocuidado. (VILLELA; SCATENA 2004). Segundo Meleis (1998), o conhecimento de enfermagem, até bem pouco tempo, tem sido mais marginalizante do que inclusivo.

Para que ocorram as transformações necessárias todos os profissionais de saúde mental, devem se adaptar às novas concepções, sendo fundamental que estas se reflitam nas competências de cada um, as quais, por sua vez, devem ser integradas a partir de valores éticos, assegurando a existência de um espaço de interconexão entre os saberes e as práticas. Nesse sentido, segundo Oliveira e Silva (2000), trabalhar em prol de um projeto terapêutico elaborado coletivamente não significa a perda da identidade profissional, mas a relativização das competências.

As mudanças que se fazem necessárias dependem, em grande parte, da capacidade transformadora dos profissionais. Ressalta-se que o desenvolvimento de saberes, competências, hábitos e atitudes fundamentadas numa compreensão crítica, podem

transformar a prática no principal ponto de referência da produção e também da apropriação de novos conhecimentos.

Para Souza (2003) o “mundo do trabalho” exige do profissional Enfermeiro qualidades não apenas técnicas, mas também aquelas associadas ao contexto sócio-cultural e filosófico de um novo tempo. Tais acontecimentos têm gerado um processo de mudanças pautadas na reflexão quanto ao processo educacional de formação do profissional. Evidencia-se a necessidade do enfermeiro desenvolver suas potencialidades através da apropriação crítica e reflexiva do conhecimento teórico-prático, a partir de atitudes e ações criativas transformadoras, comprometidas com sua função social.

No modelo manicomial, segundo Miranda (1994) e Kirschbaum (2000), o trabalho desenvolvido pela enfermagem consistia em vigiar e controlar o louco e em organizar o espaço asilar para possibilitar a atuação do médico e que a formação do profissional enfermeiro não se estruturava a partir dos princípios da enfermagem moderna. Somente a partir de 1942 foi introduzida em seu currículo a disciplina enfermagem psiquiátrica.

Surgem então as definições para Enfermagem Psiquiátrica como um processo de auxílio às pessoas individualmente ou em grupos, a desenvolverem auto-conceito mais positivo, um padrão mais gratificante de relacionamentos interpessoais e um papel mais satisfatório na sociedade (TAYLOR, 1992). Para a Associação Norte Americana de Enfermagem, a Enfermagem Psiquiátrica constitui uma área especializada de prática de enfermagem que emprega as teorias do comportamento humano como sua ciência e o uso propositado de si próprio como arte (STUART;LARAIA, 2001).

A enfermagem atual vivência ainda a busca pelo seu lugar na assistência a saúde mental, influenciada pelos valores da Reforma Psiquiátrica. Segundo Rotelli et al (2001), a desinstitucionalização acontece, inicialmente, com quem está inserido na instituição, tendo como principais atores os técnicos que ali atuam. Torna-se necessário derrubar a barreira do preconceito, do descaso, para que a verdadeira reforma aconteça, ou seja, a mudança inicia-se no interior da instituição e completa-se com as ações externas.

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 Tipo de Estudo**

A pesquisa foi do tipo descritiva, exploratória com abordagem qualitativa, que para Minayo (2008), o método qualitativo se aplica melhor no estudo a investigação de grupo, segmentos delimitados e focalizados possibilitando compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo, das percepções, das opiniões e produtos das interpretações que os sujeitos constroem.

O caráter exploratório permitiu a ampliação da experiência em torno do problema, enquanto o descritivo possibilitou narrar os fenômenos impregnados de significados elaborados no ambiente social no qual os sujeitos estão inseridos (TRIVIÑOS, 1987).

### **4.2 População e Amostra**

A população estudada foi composta pelas equipes de enfermagem atuantes na ala Clínica e Cirúrgica de um hospital universitário, de atendimento geral, situado no município de Campina Grande – PB.

Os critérios de inclusão na amostra foram: 1º- a formação de ensino superior em enfermagem ou curso técnico em enfermagem; 2º - estar atuando na referida unidade hospitalar e ter disponibilidade voluntária de participar da pesquisa, após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

O tamanho da amostra foi definido pelo critério de saturação das respostas. Sendo composta por 27 participantes, dos quais 21 atuavam como técnicos de enfermagem e seis como enfermeiros na referida instituição.

### **4.3 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada através de dois instrumentos. Um deles constando de um formulário através do qual foram levantados dados quanto à caracterização da amostra (Apêndice A). E outro com perguntas estruturadas para apreender as percepções do grupo acerca da sua atuação no atendimento a pacientes em sofrimento psíquico, que se encontra descrito no Apêndice B.

#### **4.4 Análise dos dados**

Os dados foram analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo, do tipo Conteúdo Temático. Segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo pode ser entendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Segundo Laville e Dionne (1999), a análise de conteúdo na abordagem qualitativa, embora também se sustente numa categorização dos elementos, não os reduz a uma simples frequência, como se fossem equivalentes, mas detém-se em suas peculiaridades e nuances, assim como na relação entre as unidades de sentido assim construídas. Através da Análise de conteúdo procura-se desmontar a estrutura e os elementos do conteúdo com vistas a esclarecer suas diferentes características e significação.

Segundo os autores citados, uma das primeiras tarefas do pesquisador consiste, pois, em efetuar um recorte dos conteúdos em elementos que deverão, em seguida, ser agrupados em torno de categorias. Tais elementos vão constituir as unidades de análise, palavras, expressões, frases ou enunciados que se referem a temas, e que serão apreciados em função de sua situação no conteúdo e em relação aos outros elementos aos quais estão ligados e que lhes dão sentido e valor, isto permite ao pesquisador uma maior aproximação com o sentido do conteúdo.

#### **4.5 Considerações Éticas**

A pesquisa foi realizada seguindo os pressupostos éticos e científicos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996) para pesquisas envolvendo seres humanos.

O projeto foi, inicialmente, enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, submetido à apreciação, sendo iniciada a coleta de dados apenas após emissão de parecer favorável, bem como a autorização da instituição em que a coleta de dados foi realizada, mediante termo de consentimento para realização da mesma.

Os participantes receberam as informações e esclarecimentos, quanto aos objetivos, justificativa e metodologia da pesquisa, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, encontrado no Apêndice C, atestando a voluntariedade da participação. Foi garantidos o anonimato na divulgação das informações e não revelação de dados confidenciais. Para manter a privacidade dos sujeitos da pesquisa, os mesmos serão identificados através de códigos, posteriormente selecionados.

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 27 membros da equipe de enfermagem das Alas clínica e cirúrgica. Dentre os quais 21 exerciam a função de técnico de enfermagem e seis de enfermeiros.

Dentre os participantes, 85,2% eram do sexo feminino, 55,5% casados(as), 56% católicos (as). A faixa etária predominante foi entre 31 e 41 anos, com 40,7 %, tendo sido a idade mínima encontrada de 23 anos e a máxima de 53 anos.

Tabela 1 – Distribuição percentual do perfil dos participantes do estudo

<b>Características</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Sexo		
<b>Feminino</b>	23	<b>85,2</b>
<b>Masculino</b>	04	<b>14,8</b>
Faixa etária		
<b>20 – 30 anos</b>	10	<b>37,1</b>
<b>31 – 41 anos</b>	11	<b>40,7</b>
<b>42 – 53 anos</b>	06	<b>22,2</b>
Estado Civil		
<b>Solteiro (a)</b>	12	<b>44,5</b>
<b>Casado (a)</b>	15	<b>55,5</b>
Religião		
<b>Católica</b>	14	<b>56</b>
<b>Protestante</b>	07	<b>28</b>
<b>Espírita</b>	<b>04</b>	<b>16</b>

Tabela 2 – Distribuição Percentual dos dados sobre formação e profissional dos participantes

Características	F	%
Escolaridade		
<b>Ensino Médio</b>	09	33,33
<b>Superior Incompleto</b>	03	11,11
<b>Superior Completo</b>	05	18,52
<b>Pós-graduação</b>	10	37,04
Tempo de Formação		
<b>1 – 3 anos</b>	05	20
<b>4 – 7 anos</b>	09	36
<b>8 – 11 anos</b>	04	16
<b>12 – 20 anos</b>	05	20
<b>21 – 30 anos</b>	02	08
Experiência em Saúde Mental		
<b>Estágio</b>	03	12
<b>Trabalho</b>	04	16
<b>Nenhuma</b>	18	72
Cursou disciplina de SM na graduação		
<b>Sim</b>	20	80
<b>Não</b>	05	20

Percebe-se que mesmo a amostra sendo 77,8% composta por funcionários que atuam como técnicos de enfermagem, muitos possui curso superior, e até mesmo pós-graduação. Dentre as especializações citadas, temos: Obstetrícia, Gestão hospitalaar, Pediatria, Saúde da Família, UTI, Urgência emergência, Saúde Mental e Atenção Psicossocial, que foi referida por uma das enfermeiras. A maioria dos participantes, 80%, cursou disciplina de Saúde Mental durante o curso técnico ou superior. Porém, apenas 16% teve a experiência de trabalhar em saúde mental, enquanto 12% teve oportunidade apenas em estágios curriculares. Os demais 72% não trabalharam diretamente em serviços de saúde mental, porém vivenciaram a assistência à pessoa em sofrimento psíquico no hospital universitário ou outro hospital geral em que trabalharam.

Em relação ao tempo de formação na área de enfermagem, seja em nível técnico ou superior, a maioria, 36%, tem entre 4 e 7 anos.

## 5.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

A análise das respostas dos participantes possibilitou agrupá-las em cinco categorias: *Sentimentos*, diz respeito aos relatos de sensações emanadas da vivência da assistência de enfermagem a pessoa em sofrimento psíquico; *Concepções*, diz respeito à forma como os participantes compreendem e definem o sofrimento mental; *Opinião sobre a Reforma Psiquiátrica*; *Concepções sobre as práticas assistenciais à pessoa em sofrimento psíquico* e *Opinião quanto a implantação de leitos psiquiátricos em Hospital Universitário*. Estas categorias foram ainda divididas em subcategorias conforme descrito a seguir.

### 5.2.1 SENTIMENTOS

A transição das práticas em saúde mental incorporando novos conceitos, sobretudo com a Reforma Psiquiátrica, impõe novas perspectivas ao trabalho de enfermagem na assistência a pessoa em sofrimento mental. Entretanto, permanecem notórias as dificuldades dos profissionais em modificarem seu processo de trabalho e forma de cuidar em saúde mental, subsistindo ainda conceitos errôneos, na sociedade em geral e entre os profissionais, que, influenciados pelo antigo modelo manicomial, podem interferir negativamente no cuidado de enfermagem a estes pacientes (TOWSEND, 2002).

Dessa forma, sendo inerente ao cuidado em saúde mental a relação entre os serviços de saúde, seus profissionais, o paciente e sua família, dado um determinado contexto cultural, social e econômico, emergem, nos discursos, os seguintes sentimentos em relação a assistência em saúde mental:

#### *Medo/Insegurança*

Mesmo com a quebra de paradigmas em saúde mental nas últimas décadas, os profissionais ainda mostram medo excessivo em relação ao paciente em sofrimento psíquico. Este fato pode estar relacionado à subjetividade inerente à saúde mental, termo de difícil definição, podendo os pacientes expressarem diversas emoções e comportamentos, os quais geralmente são classificados como aberrantes, desviantes, incapacitantes e de risco para si e para os outros (PAES et al, 2010). Essas concepções foram identificadas nos seguintes discursos:

*“ Em outros momentos, amedronto-me” E2*

*“Mas ao mesmo tempo medo e insegurança, pois alguns eram violentos” T3*

*“Tenho um pouco de receio, medo de ser agredida” T4*

*“Me senti insegura, pois não tenho experiência na área” T15*

*“Eu acho que o paciente em sofrimento psíquico ele intimida o profissional de tal forma que a assistência não sai de boa qualidade” T15*

*“Percebo que a maioria dos profissionais de enfermagem possuem conhecimentos na abordagem ao paciente, mas demonstram insegurança, medo, por não serem preparados para tais procedimentos” T10*

*“Me acho impotente” E3*

*“Percebo que a aceitação à pacientes com transtornos mentais não são das mais favoráveis, até mesmo pela patologia desse paciente” T18*

Percebe-se que os profissionais de saúde necessitam modificar sua maneira de conviver com as diferenças, superando os estigmas e os preconceitos em relação à pessoa em sofrimento psíquico (MACIEL et al, 2011). A sensação de medo nos profissionais de saúde pode prejudicar o julgamento clínico, podendo conduzir a uma assistência com uso de quantidades desnecessárias de medicamentos sedativos e de contenções físicas (SADOCK; SADOCK, 2007).

### ***Despreparo/ Necessidade de capacitação***

Considerando que a pesquisa foi realizada em um hospital universitário, em que o atendimento em saúde mental não é uma prioridade, embora ocorra eventualmente, foi encontrado na maioria dos participantes o auto-relato de despreparo para tal cuidado. Podendo-se inferir que a formação profissional ainda não atingiu o holismo necessário para o cuidado integral ao ser humano, havendo ainda presença marcante da dicotomia mente e corpo, ocasionando dificuldades de integração de conhecimentos aprendidos nas diversas especialidades que lhes são ofertadas nos cursos de graduação (CAMPOY, 2005).

Os discursos abaixo apontam o despreparo que os enfermeiros e técnicos de enfermagem têm para associar conhecimentos que os habilitem a cuidar de pacientes com problemas emocionais e psiquiátricos:

*“Sinto que falta capacitação profissional para lidar com esse tipo de clientela, para que não tratemos de forma preconceituosa” E1*

*“Sinto-me, por vezes, despreparada para atendê-los” E2*

*“Me sinto, muitas vezes, impotente por não ter experiência nem capacitação nesta área” E4*

*“ Me sinto totalmente despreparada, não sei como agir” T6*

*“Sinto-me despreparada...” T16*

*“Não tenho conhecimento de como lidar com este tipo de paciente” T12*

Ao mesmo tempo em que reconhecem o despreparo da equipe de enfermagem, identificam a necessidade de capacitação profissional para melhoria da qualidade da assistência. Refletindo a uma vertente especialista da formação profissional.

*“Deveríamos, enquanto profissionais, termos uma adequação a esse tipo de serviço” T16*

*“Acho que falta um pouco de capacitação para que a equipe possa lidar de forma holística com os pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos juntos” T13*

*“Sinto que falta capacitação profissional para lidar com esse tipo de clientela, para que não tratemos de forma preconceituosa” E1*

*“O que se faz necessário é uma capacitação melhor dos profissionais que atendem a esta especialidade” T18*

*“Encontro dificuldade por não ter um preparo adequado para cuidar desses pacientes” T17*

*“Sinto pouco preparada para prestar assistência ao paciente com transtorno mental por falta de capacitação no ambiente de trabalho atual” T18*

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, espera-se formar profissionais com competência para comunicar-se, tomar

decisões, trabalhar em equipe e enfrentar situações constantes de mudanças. Definindo competência como atributos intelectuais e afetivos integrados (BRASIL, 2001). Sendo a responsabilidade de discutir as dimensões das relações intra e interpessoal na formação profissional, frequentemente, atribuída às disciplinas da área de saúde mental (ESPERIDIÃO; MUNARI, 2004).

### ***Compaixão***

A compaixão é um sentimento relacionado a atitudes de humanidade para com outro, perceber o sofrimento dele e recusar-se a considerá-lo como um fato indiferente (Simsen; Crossetti, 2004). A compaixão transcende a dor física, desvela o invisível, captando a subjetividade do outro e traduzindo-se na possibilidade de ajudá-lo (MERLEAU, 1999)

*“Sinto uma grande dó por isso não me identifico” T2*

*“Senti compaixão...” T3*

*“É muito sofrimento, você vê uma pessoa com esse distúrbio, não saber o que está fazendo, fica fora do mundo atual” T5*

O trabalho de enfermagem pode gerar sentimentos de satisfação, como também angústias relacionadas às situações vivenciadas no cotidiano, dependendo de como é a organização do trabalho, das formas de enfrentamento disponíveis e da subjetividade inerente ao seu processo de trabalho (PAGLIARI, 2008).

### ***Aptidão***

Foram encontradas, também, falas que revelam a aptidão de alguns membros da equipe de enfermagem a cuidar de pacientes em sofrimento psíquico, todavia, mesmo dentre estes foi destacado que está é uma função que exige “habilidade e paciência”. Segundo Pedrão (1990), são fatores que merecem destaque na assistência de enfermagem em saúde mental: o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente, além do estabelecimento de relação de ajuda e aconselhamento terapêutico.

*“Me sinto integrada a prestar assistência a pacientes com transtornos mentais” T10*

*“Sinto-me capaz de lidar, embora não trabalhe na área tenho habilidade e paciência que a profissão exige” T11*

*“Com naturalidade e responsabilidades” T1*

## **5.2.2 CONCEPÇÕES ACERCA DA SAÚDE/DOENÇA MENTAL**

Diversas são as tentativas de consenso quanto aos transtornos mentais, porém, de fato, muitos questionamentos permanecem obscuros para medicina que ainda não encontrou causas que expliquem em sua totalidade o adoecimento mental que continua tendo caráter estigmatizante, desta forma, mesmo em um contexto de transformações das práticas e formas de pensar, ainda encontramos concepções predominantemente negativas quanto à doença mental (LIMA et al, 2010).

### ***Desequilíbrio da mente***

Partindo dos conceitos de normal e patológico, a doença mental é necessária para marcar o limite da sanidade, ou seja, delimitando comportamentos e expressões convencionalmente aceitos (GUARESCHI et al, 2008).

Assim, em relação às concepções dos enfermeiros e técnicos de enfermagem quanto à saúde mental, foi possível identificar definições relacionadas a perturbações e desequilíbrios da mente:

*“São pessoas mentalmente perturbadas, que não possuem mecanismos de enfrentamento eficazes para resolver seus problemas” E3*

*“Um paciente com desordem mental que pode estar compensado ou em surto psíquico” E5*

*“É uma forma de você se avaliar e poder ver que a mente humana é nada e que devemos estar atentos a nossa saúde” T2*

*“É o desequilíbrio do pensamento, onde o paciente perde o controle de seus hábitos de autocuidado e a dificuldade de relacionamento com as pessoas” T8*

*“tem aqueles desorientados com idéias fixas, repetidas” T9*

### ***Instabilidade emocional***

Houve ainda a referência quanto às alterações de humor, conforme constatamos nas seguintes falas:

*“É aquele paciente que apresenta instabilidade no humor, algumas vezes agressividade, ansiedade, difícil adesão ao tratamento.” E6*

*“Paciente que se apresenta desorientado, humor alterado, instável” T17*

*“É um paciente que mostra um conjunto de condições psicológicas, onde aparecem sinais e sintomas que indicam sofrimento” T10*

*“São muitas alterações de humor tornando o paciente instáveis, muitas vezes agressivos, mas interagem bem com a enfermagem” T19*

As emoções são inerentes ao ser humano, e desde que elas estejam em consonância com a realidade são aceitáveis socialmente. Porém quando ocorrem de forma desequilibrada, demonstrando instabilidade emotiva, são relacionadas ao adoecimento mental. Assim como o conceito de saúde mental, doença mental é termo abstrato, subjetivo e de difícil definição. O transtorno mental em si não pode ser observado, o que se pode constatar são as várias manifestações de comportamentos que podem ou não classificá-lo como desviante da normalidade (PAES et al, 2010).

### ***Periculosidade/Agressividade***

Historicamente, a noção de periculosidade vem sendo associada às pessoas em sofrimento psíquico, implicando no seu isolamento social e exclusão (PEREIRA, 2003). Os discursos dos participantes do estudo mostram que, mesmo após as transformações com a Reforma Psiquiátrica, esses conceitos ainda permanecem.

*“E tem outros que são agressivos. Bem, são pacientes difíceis” T9*

*“É aquele paciente que apresenta instabilidade no humor, algumas vezes agressividade” E6*

*“É aquele que se apresenta desorientado, com humor alterado, agressivo, em algumas situações e rebelde em relação a aceitação à medicação” T16*

*“, muitas vezes agressivos” T19*

*“São pacientes difíceis de lidar, devido à agressividade, exacerbação sexual e resistência a terapêutica.” T16*

A estigmatização da pessoa em sofrimento psíquico é fortalecida ao serem rotulados de agressivos e perigosos pelos profissionais de saúde e a sociedade como um todo, reproduzindo um estigma originado do preconceito quanto a pessoa em sofrimento psíquico que segue marcado como diferente da normalidade (ISHIY et al, 2008).

### ***Sofrimento***

O reconhecimento do sofrimento do outro revela a dimensão relacional do cuidado de enfermagem e o estado de subjetividade da pessoa em sofrimento psíquico, possibilitando uma assistência embasada na compreensão e solidariedade (PEREIRA et al, 2007).

*“Eu acho que esses pacientes sofrem muito... a vida deles deve ser muito difícil com a sociedade” T4*

*“É um paciente que mostra um conjunto de condições psicológicas onde aparecem sinais e sintomas que indicam sofrimento... demonstra sentimentos de impotência e de vazio” T10*

*“São pessoas que sofrem com algum distúrbio psicossocial e biológico” T14*

*“Apresentam doenças em que há um sofrimento subjetivo associado” T18*

### **5.2.3 OPINIÃO SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Transcorridos alguns anos do movimento da Reforma Psiquiátrica iniciada na década de 80 e da proposição da Política Nacional de Saúde Mental, pela lei 10.216 em 2001, que objetivam promover a reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico, modificando também os locais de assistência, incluindo o Hospital Geral na rede de assistência, percebeu-se nos discursos que os profissionais inseridos neste serviço detém

pouco ou nenhum conhecimento sobre o que seria a proposta da Reforma Psiquiátrica e como seu trabalho no Hospital Geral estaria relacionado na assistência a pessoas em sofrimento psíquico.

Desta forma, quanto à opinião sobre a Reforma Psiquiátrica emergiram duas categorias. A primeira quanto ao conhecimento acerca da reforma, com as subcategorias: *desconhecimento ou conhecimento insuficiente e visão negativa sobre a Reforma Psiquiátrica*. E a categoria *Contribuições da Reforma Psiquiátrica*, com as subcategorias *mudança no local da assistência, mudança na forma de cuidar, inclusão da família no cuidado, promoção de inserção social*.

### 5.2.3.1 CONHECIMENTO SOBRE A REFORMA

#### *Desconhecimento ou Conhecimento insuficiente*

A recorrente afirmação do não conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica revela insuficiência no processo de formação dos profissionais de forma generalista com perfil para atender de forma integral às necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Bem como, da Educação Permanente em Saúde instituída pelo Ministério da Saúde para constante capacitação e reflexão sobre o processo de trabalho em saúde, envolvendo os trabalhadores na responsabilização pela integralidade da assistência (BRASIL, 2007).

Destacando ainda que o local da pesquisa foi um Hospital Universitário, em que espera-se que seja exercida a função de ensino, em uma cooperação aos processos de mudança, para que os atores dessa instituição sejam qualificados e tenham uma compreensão mais ampla da condução estratégica da assistência à saúde (CECCIM;FEUERWERKER, 2004).

*“Nada, pois na universidade formada a disciplina Saúde Mental foi muito mal administrada.” E1*

*“Muito pouco” T2*

*“ Nada” T6*

*“Nada” T7*

*“Pouco conhecimento” T11*

*“Não tenho conhecimento sobre essa reforma” T12*

### ***Visão negativa sobre a Reforma Psiquiátrica***

Além da falta de conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica, foi possível identificar percepções negativas a seu respeito, ao considerar que as mudanças nos serviços de atendimento à pessoa em sofrimento psíquico não atenderiam às necessidades destes. Essa visão está relacionada, além do desconhecimento da Rede de assistência à saúde mental, à idéia de que o doente mental deve ser isolado e o manicômio deve assumir o cuidado sobre esta pessoa, institucionalizando-o e excluindo da sociedade (PEREIRA, 2003).

Denota-se, portanto, falta de compreensão dos princípios da Reforma Psiquiátrica, a qual tem por objetivo a Reabilitação Psicossocial, através do entendimento da necessidade de incluir novos recursos e serviços no processo terapêutico que promova relações sociais e adaptação no convívio familiar. O foco passa a não ser cura do transtorno mental, mas a reinvenção de sentidos para a vida, socialização e convivência, objetivos esses que só podem ser alcançados através da desinstitucionalização (ROTELLI, 1990).

*“A Reforma não foi bom para os pacientes que necessitam de hospital, no caso dos CAPS só dão um apoio, nas coisas mais graves não tem onde interná-los, a família sem saída e fica com o paciente em casa.” T1*

*“Depois desta reforma ficou ruim para família, antes os pacientes ficavam internos, hoje fica fazendo tratamento ambulatorial” T5*

### **5.2.3.2 CONTRIBUIÇÕES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

#### ***Mudança no local da assistência***

Os participantes reconheceram que a proposta da Reforma Psiquiátrica foi modificar o local da assistência à pessoa em sofrimento psíquico pela implantação dos serviços substitutivos, dentre os quais o mais conhecido pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que constituiu o único serviço citado por estes.

*“Desmistificou o modelo hospitalocêntrico e priorizou o tratamento domiciliar, criando centros de apoio (CAPS) para acompanhamento dos pacientes com transtornos mentais” E3*

*“Consiste em um projeto que tenta incluir os pacientes em sofrimento psíquico em hospitais gerais, apenas para tratamento nas crises e em acompanhamento em CAPS.” E4*

*Hospital psiquiátrico fechado (João Ribeiro), atendimento ambulatorial, CAPS, onde o paciente é avaliado e recebe medicação semanalmente como também atendimento e orientação de enfermagem” T11*

*“em crises exacerbadas o paciente é levado para o CAPS, o tratamento medicamentoso é no domicílio e só em extrema necessidade é internado/hospitalizado” T9*

*“É o fechamento dos hospitais psiquiátricos, onde ficavam internados e o início de um tratamento onde o paciente inicia o tratamento no hospital e continua em seu domicílio com o apoio da família e das equipes do CAPS” T13*

No Brasil, algumas das estratégias da Política Nacional de Saúde Mental para reabilitação social e reinserção social de pacientes longamente institucionalizados são a expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar de serviços com assistência humanizada, dentre eles os CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); além da inclusão das ações da saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2007).

### ***Mudança na forma de cuidar***

Os enfermeiros e técnicos de enfermagem participantes também apresentaram uma visão ampliada das contribuições da Reforma Psiquiátrica ao mencionarem que está possui uma perspectiva além da simples mudança do local onde a assistência é prestada. É preciso também modificar a forma que o cuidado é prestado, evitando a reprodução de práticas excludentes e desrespeitosas utilizadas no antigo modelo manicomial.

As ações antes centradas no modelo biomédico devem assumir um enfoque na reabilitação social, nos projetos terapêuticos, de socialização, modificando o processo de trabalho das equipes multiprofissionais, construindo novos saberes, instrumentos e práticas,

portanto, as concepções teóricas-práticas dos trabalhadores de saúde mental devem ser modificadas com base nas diretrizes da Reforma (HIRDES, 2009).

*“Foi um movimento que condenou práticas como choques elétricos e reclusão como medidas terapêuticas. Apregoou a inclusão social do portador de transtorno psíquico” E2*

*“Movimento que levou a criação de uma lei para melhorias no atendimento aos usuários psiquiátricos, humanizando o atendimento” T16*

*“Foi um movimento que gerou a criação de uma lei que melhorou a assistência ao paciente portador de doença psíquica, permitiu a criação do CAPS para humanizar o atendimento aos usuários, proporcionando mais independência e autonomia” E6*

*“Foi um movimento que propôs mudanças na assistência em saúde mental no Brasil, processo este que reinvidicou a cidadania do “louco”, ou seja, atendimento, assistência mais humana e integral, com atividades interativas entre paciente, família, sociedade” T14*

*“Visa contribuir para a melhoria no atendimento dos serviços e benefícios para os usuários, transformando o individual em coletivo e garantindo os direitos sociais” T18*

### ***Inclusão da família no cuidado***

Na perspectiva da inserção social da pessoa em sofrimento psíquico, o cuidado em saúde mental passa a ser co-responsabilidade dos serviços, profissionais e familiares, que devem atuar de forma integrada. Pretende-se, assim, incluir o núcleo familiar e o contexto sócio, econômico e cultural na definição do projeto terapêutico, respeitando as particularidades individuais (CARDOSO, GALERA, 2011).

É necessário criar estratégias para participação da família junto com os serviços na promoção de convivência, de atividades educativas e que ofereçam esclarecimentos e apoio à família, estabelecendo diálogos para promoção de saúde e qualidade de vida do usuário e da família (FREITAS, 2010).

Dessa forma, os profissionais de saúde devem atuar junto às famílias como capacitadores e facilitadores do processo de cuidar, auxiliando na adaptação das rotinas e

hábitos na família para atender às necessidades da pessoa em sofrimento psíquico, acolhendo a família e minimizando as dificuldades neste relacionamento (BORBA, 2008)

*“ O paciente não deve perder o referencial familiar, por isso a família faz parte do tratamento e também deve ser tratada/acompanhada” T9*

*“Propõe o retorno dos pacientes ao convívio social e, principalmente familiar, dando suporte a ele e a sua família, estabilizando o seu quadro clínico, possibilitando a sua reintegração na comunidade” T10*

*“Foi uma lei elaborada onde foi fundada as unidades do CAPS melhorando o atendimento aos pacientes, mais humanizado, dando oportunidade a família acompanhar o tratamento do mesmo” T19*

### ***Promoção de inserção social***

O adoecimento mental deve ser visto como um processo complexo que perpassa características biopsicossociais do indivíduo, portanto a atenção à saúde mental deve ter uma abordagem multifatorial a partir do nexo da inclusão social (FREITAS, 2010). Assim, a assistência em Saúde Mental busca proporcionar melhor interação da pessoa em sofrimento psíquico com a sociedade, promovendo sua cidadania e garantia dos seus direitos humanos (GUERRA, 2004).

Uma vez que o sofrimento psíquico constituiu, historicamente, um fator de exclusão, com sua cronificação reforçada pelo modelo manicomial/biomédico, a atenção psicossocial surge como estratégia para reverter sua reabilitação pela inserção social pela valorização do cuidar e uma nova forma de pensar no processo saúde-doença (AMARANTE, 2007).

*“É uma reforma que pretende integrar o paciente com distúrbio psiquiátrico na sociedade” T15*

*“proporcionando uma reintegração do usuário à sociedade, dando-lhe condições de gerir sua própria vida” T16*

*“É um movimento que pretende construir um novo estatuto social para o doente mental, que lhe garanta cidadania, o respeito do seu direito e de suas individualidades” T20*

*“Sei que a reforma visa “socializar” o paciente portador de transtorno, podendo estar convivendo com familiares e em tratamento em CAPS, por exemplo” E5*

#### **5.2.4 CONCEPÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS À PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

##### *Ênfase no tratamento farmacológico*

A medicalização da saúde ainda é predominante nas práticas de saúde. Dessa forma, os participantes deste estudo destacaram o tratamento farmacológico como forma de controle da pessoa em sofrimento psíquico. Mostrando que a assistência de enfermagem ainda está muito relacionada ao cumprimento das prescrições médicas, não desenvolvendo o processo de cuidar de enfermagem de forma autônoma pelo reconhecimento das necessidades dos usuários, em que o relacionamento interpessoal é um instrumento primordial na assistência.

O enfermeiro necessita refletir sobre seu papel no contexto da assistência à pessoa em sofrimento psíquico, não limitada aos aspectos administrativo-burocráticos. Mas uma atenção psicossocial visa desenvolver vínculo e o acolhimento através da interação profissional e usuário. A constância do contato da equipe de enfermagem com os usuários favorece sua atuação no diálogo com estes, as famílias e demais instâncias sociais para promoção de cidadania e autonomia (OLIVEIRA et al, 2009).

*“Não há uma boa interação. Muitos pensam logo em “dopar” esse paciente para ele não “dá trabalho”. Às vezes até eu me pego muito impaciente e descredula” E2*

*“É um paciente difícil de ser conduzido do ponto de vista do acerto de drogas, das crises de abstinência (álcoolica, drogas ilícitas), do despreparo dos profissionais” E2*

*“Convencer os pacientes a tomar medicações nas horas certas” T5*

*“controlar (quando necessário), medicar.” T6*

*“Aqui, administrar a medicação quando houver aceitação, bem como cuidados de higiene, dieta” T9*

### ***Humanização/Acolhimento***

O acolhimento no atendimento à saúde é uma diretriz do Sistema Único de Saúde, portanto, é uma prática transversal a toda prática assistencial. Sua implementação permite potencializar o processo relacional entre os sujeitos, contribuindo para efetivação de uma prática resolutiva considerando as particularidades de cada usuário (JORGE et al, 2011).

O cuidar no âmbito dos serviços de saúde mental se traduz em um desafio para os profissionais de saúde, pela necessidade de valorizar a subjetividade do indivíduo em sofrimento psíquico, demandando do profissional uma atenção especializada para um cuidado humanizado e individualizado (GUEDES, 2010).

*“Cuidar de forma paciente, tentando compreender as dificuldades do paciente e seus familiares” E1*

*“Minha função deve ser de apoio, escuta, acolhimento, proteção...” E2*

*“Dar apoio psicológico, como também realizar terapias e atividades que os envolvam e os façam mais importantes” T3*

*“Promover o maior conforto possível” T4*

*“Tentar conversar com elas, pois se acham muito desamparadas, sem ter convívios sociais” T5*

*“ Atuar dando apoio tanto no que diz respeito ao apoio de ouvir” T6*

*“Estar com o paciente no dia-a-dia, respeitando os direitos e as vontades, bem como a individualidade e mostrar interesse para o seu cuidado” T14*

*“Eu acho que a minha função deve ser prestar o atendimento ao paciente com segurança e proporcionando um atendimento sem que ele se sinta diminuído ou desprezado” T15*

### ***Assistência sem distinção***

Contrariando os sentimentos de medo e insegurança, bem como a concepção de periculosidade da pessoa em sofrimento psíquico que foram citadas anteriormente, as quais

estão relacionadas a uma visão preconceituosa, surgiram discursos que afirmam que o cuidado de enfermagem em saúde mental deve ser desenvolvido como a qualquer outro paciente, sem distinção.

Entretanto, estes discursos podem estar relacionados à falta de compreensão da equipe de enfermagem a respeito de qual seria sua função na assistência a pessoa em sofrimento psíquico, não sabendo especificá-la. É preciso considerar que cada paciente possui sua singularidade e como tal deve ter seu projeto terapêutico adaptado às suas necessidades (JORGE et al, 2011).

*“Devo cuidar de forma semelhante ao que cuida dos outros pacientes no geral” T17*

*“O mais natural possível, não fazendo diferença entre ele e outro paciente com patologia diferente” T19*

### ***Relação com a equipe***

Para se atingir uma assistência holística no modelo psicossocial, faz-se necessário a atuação de uma equipe interdisciplinar. As dificuldades de relacionamento na equipe afetam diretamente o processo de trabalho, fazendo impossibilita a troca de informações e experiências, conseqüentemente limita as oportunidades de aperfeiçoamento e construção de novas idéias que favoreçam o projeto terapêutico e o suporte social (SANTOS;CARDOSO, 2010)

Campos (1992), afirma que as equipes multidisciplinares em saúde mental apresentam dificuldades de articulação, cooperação e interação em função de um mesmo objetivo, inviabilizando a complementaridade das ações profissionais. Faz-se necessário criar espaços de reflexão no processo de trabalho das equipes para facilitar e aprimorar sua funcionalidade.

Esta dificuldade também foi encontrada entre os participantes, tanto do ponto de vista do trabalho em equipe, quanto pela ausência de alguns profissionais importantes para assistência a pessoa em sofrimento psíquico, conforme mostram os discursos abaixo:

*“Porque não temos apoio da equipe psicológica do hospital, o hospital não dispõe de profissionais suficiente da área” T4*

*“Não possui suporte psiquiátrico (médicos) para que o atendimento seja oferecido” T15*

*“Falta profissionais qualificados na área para poder adequar-se ao tratamento que este tipo de paciente” T18*

*“Falta uma equipe interdisciplinar, além de não haver uma psicóloga, sendo a mesma para todo hospital” E1*

*“Não há interação, os profissionais trabalham de forma independente” E3*

*“Não existe essa interação, nos sentimos totalmente desamparados em relação a equipe psicológica” T4*

*“Bom, todos com a mesma dificuldade. Exceto a interação com os médicos que é limitadíssima” T9*

*“Falta interação da equipe ou melhor não há profissionais tipo psicólogo, psiquiatra e outros que nos auxiliem” T11*

*“Encontramos as mesmas dificuldades, mais tentamos cooperar uns com os outros em conhecimentos que possa nos ajudar” T17*

### ***Encaminhamentos e inserção na Rede de Saúde Mental***

Para dar suporte à pessoa em sofrimento psíquico e promover sua desinstitucionalização, faz-se necessário a atuação interligada dos serviços substitutivos em saúde mental com os demais serviços de saúde pública, formalizando a Rede de Atenção a Saúde Mental, para melhor atender às necessidades destes usuários.

A rede de saúde mental é parte integrante do SUS, assim segue os mesmos princípios e diretrizes, como a hierarquização, regionalização, acesso universal, integralidade e equidade da assistência, estando organizada em níveis de atenção entre os quais os usuários podem ser encaminhados de acordo com a situação (BRASIL, 2005).

O sistema de referência e contra-referência é de extrema relevância para a operacionalização do SUS, contribuindo para estruturação do atendimento e facilitando o fluxo de encaminhamento de usuários aos diversos níveis de atenção (MACHADO et al, 2011).

Questionados sobre qual a interação que o serviço no qual os participantes trabalham (Hospital Universitário) tem com os demais serviços da Rede de Saúde Mental, surgiram as seguintes categorias:

***Acham que não há interação***

*“Não, se tem não tenho conhecimento” E4*

*“Nunca ouvi falar de nenhuma articulação” T2*

*“Desconheço” T6*

*“Não que eu saiba. É solto” T9*

*“Não sei informar, sei apenas que atendemos a estes pacientes” T13*

***Acham que há interação, mas de forma confusa***

*“Acho que sim. Soube de casos de pacientes que necessitou de emergências psiquiátricas” E5*

*“As vezes, através do serviço social” E6*

*“Sim, dando assistência a pacientes internados” T1*

*“Sim, encaminhando o paciente para o CAPS, depois da estabilização” T10*

*“Sim, observando e analisando a necessidade de assistência em saúde mental, direcionando e orientando o paciente e familiares na melhor terapia e tratamento.” T14*

*“De certa forma sim. Às vezes há necessidade de internação para pacientes da saúde mental com outros tipos de patologias, que precisam estar em ambiente hospitalar ou serviço de saúde que não seja o psiquiátrico” T18*

*“Apenas quando há necessidade de transferência para acompanhamento do paciente por especialista” T20*

A Reforma Psiquiátrica vem direcionando a implementação da rede integrada de assistência em saúde mental, com atuação das equipes multiprofissionais, em todos os níveis de atenção, buscando proporcionar maior qualidade na assistência e a afetiva modificação das práticas com enfoque humanizado e contextualizado, observando os aspectos sociais e culturais na construção da cidadania destes usuários dos serviços (GUEDES, 2010).

Porém, a falta de clareza dos serviços e de suas funções dentro do SUS, ainda há dificuldades na sua operacionalização, escassez de encaminhamentos e deficiência na referência e contra-referência entre as unidades e os profissionais, dessa forma, muitas vezes, perde-se a continuidade da assistência (SOUSA, 2008).

Portanto, somente faz sentido o atendimento à pessoa em sofrimento psíquico, em situações de crise, no hospital geral, se houver interação com a rede de saúde mental para que possa ocorrer a continuidade da assistência nos serviços extra-hospitalares, após a alta, uma vez que o período de permanência no hospital deve ser o menor possível (SOUSA et al, 2010)

### **5.2.5 OPINIÃO QUANTO A IMPLANTAÇÃO DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

O Ministério da Saúde preconizou o estabelecimento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais de forma a proporcionar suporte ao processo de desinstitucionalização e atendimento de pessoas com transtornos mentais severos em quadro agudo, não devendo ultrapassar o parâmetro de 2,4 leitos para cada 10.000 habitantes (BRASIL, 2006). Porém, poucos hospitais gerais no Brasil implantaram este serviço. Segundo Luchesi e Malik (2009), esta dificuldade de operacionalização se deve menos ao estigma influenciando os gestores e profissionais, que ainda reproduzem a idéia de intratabilidade do doente mental, mas predominantemente às dificuldades na gestão dos recursos disponibilizados para sua manutenção.

Quando questionados a respeito de sua opinião quanto à implantação de leitos psiquiátricos no hospital em que foi realizada a pesquisa, alguns participantes foram contrários, outros favoráveis e outros concordariam, mas ressaltam a necessidade de adaptações no serviço.

## **Discordam**

*“No momento não há possibilidades, devido à estrutura física em que o hospital se encontra no momento” E1*

*“Não conheço nenhum projeto” E3*

*“Acho que não há muita possibilidade, pois o hospital não tem porte para esse atendimento” T5*

*“Acho que o hospital não possui estrutura física como também organizacional para atender pacientes psiquiátricos” T3*

*“Acho que não seria o lugar ideal para implantar leitos psiquiátricos, por falta de estrutura, treinamento para equipe e etc.” T7*

*“É uma utopia” T14*

Dentre os que discordaram, os principais motivos expressados foram a **falta de estrutura do hospital, o despreparo profissional**, além da **idéia de necessidade de isolamento da pessoa em sofrimento psíquico**.

### **Falta de estrutura do hospital/Despreparo profissional**

*“Não, porque não existem profissionais especializados para tratar destes pacientes” E4*

*“não é adequado pelo despreparo” T2*

*“A equipe médica e de enfermagem, aliás, os profissionais como um todo do hospital não estão preparados para atender esse tipo de paciente” T9*

*“Não, porque não existe estrutura física adequada, nem profissionais capacitados, tais como médicos, enfermeiros e técnicos para prestarem um bom cuidado” T19*

*“Pois não temos preparo qualificado para esse tipo de tratamento, ao mesmo tempo que não temos infra-estrutura adequada” E1*

*“não há um local seguro para evitar acidentes, janelas, portas, banheiros...” T11*

*“Profissionais despreparados, estrutura física perigosa/desfavorável (risco de queda das camas sem grade, rampa com grade vazada...” E2*

*“Não, porque o paciente em sofrimento psíquico necessita de restrição, local com segurança, com janelas com grades, local que não ofereça risco de acidente” E6*

*“Não, porque o local não é adequado, as camas não possuem grades, não tem espaço para terapias” T3*

### ***Necessidade de isolamento da pessoa em sofrimento psíquico***

*“Depende, se o paciente não se encontra em surto, acho que podemos prestar assistência, desde que seja admitido para tratar outras patologias, não mentais” E5*

*“Não, pois o paciente que necessita de cuidados especiais, até mesmo de isolamento, até sair da crise, onde há outros pacientes fica difícil, eles vendo tudo, é outra realidade social” T1*

*“Não, porque existe múltiplos casos de doenças, com isso o paciente citado fica mais transtornado” T7*

*“Não, pois esse tipo de paciente requer uma assistência mais específica, necessitando de um local adequado, livre de perigo, no caso de agressividade” T16*

Tais discursos revelam a concepção de impossibilidade de convivência da pessoa em sofrimento psíquico com os demais pacientes, refletindo ainda a idéia de que seria uma ameaça aos demais pacientes e funcionários. Reafirmando o conceito de periculosidade atribuída ao doente mental.

### **Concordam, caso haja modificações para sua implantação**

*“Só será possível se for criado uma ala específica para psiquiatria, que ofereça a segurança adequada a esse tipo de paciente, pois não tem condições de colocar junto com os demais pacientes” E6*

*“Desde que se coloque profissionais preparados para acompanhá-los é uma boa idéia” T4*

*“Acho que já deveria ter sido implantado. Porém os profissionais (todos) que darão assistência aos mesmos devem ser capacitados e também acompanhados” T9*

*“Seria uma ótima idéia se antes houver uma mudança na estrutura física e a equipe passar por um treinamento” T12*

*“Se o hospital se adequar com infraestrutura nas alas para leitos psiquiátricos e capacitar os profissionais, não vejo nenhum problema” T17*

*“Favorável, desde que haja estrutura física e humana (profissional) adequada e capacitada para atender a este tipo de paciente” T18*

*“Ótimo, desde que tenha estrutura física adequada e profissionais qualificados para cuidar do paciente” T19*

*“Seria de fundamental importância, desde que tenha profissionais capacitados para encarar esses pacientes com objetivos atuais” T20*

Estes discursos resultam da percepção de que estes usuários necessitam de uma atenção diferenciada. Segundo Botega (1995), a estrutura física do local para assistência a pessoas com transtornos mentais devem favorecer a orientação temporal e espacial, e oferecer espaços para realização de atividades terapêuticas, de interação e de lazer.

Para atuar na saúde mental é fundamental a aquisição de saberes e modos de agir específicos, além da capacidade de atuar junto a equipe multidisciplinar responsável pela atenção ao usuário. Todavia, estudos têm mostrado que a equipe de enfermagem apresenta dificuldades em sua atuação em saúde mental relacionadas à formação e à necessidade de integração na equipe de profissionais (ROCHA, 2005).

### ***Favorável***

*“Seria uma forma de qualificar o serviço e ampliar os conhecimentos da equipe” E2.*

*“É necessário, pois elas precisam de atendimento especializados” T1*

*“Acho importante, pois esses pacientes por muitas vezes precisam de acompanhamento em outras patologias onde nos hospitais psiquiátricos não são tratados” T6*

*“Concordo, pois o internamento do paciente com sofrimento psíquico em hospital universitário favorecerá na recuperação e na reintegração mais rápida do paciente a sociedade, pois ele não perde o vínculo com a sociedade, passaria a ser visto como um doente semelhante aos outros” T10*

*“Eu acho de grande importância para que melhore a assistência ao paciente com transtornos psiquiátricos” T15*

O atendimento da pessoa em sofrimento psíquico no hospital geral possui como vantagens o fato de estarem disponíveis especialidades variadas, recursos apropriados para diagnóstico de distúrbios orgânicos que possam estar causando o transtorno psiquiátrico. Além de minimizar o isolamento da psiquiatria, ao integrá-la ao atendimento à saúde em geral, inibindo o preconceito e estigmatização da pessoa em sofrimento psíquico (SOUSA et al, 2010).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A efetivação de um novo modelo de assistência à saúde mental, numa perspectiva psicossocial, demanda dos profissionais, disponibilidade para rever os próprios conceitos e práticas, frente aos desafios advindos da problemática referente à aproximação com pessoas em sofrimento psíquico nos serviços de saúde, solicitando uma contínua reflexão direcionada a desconstrução de preconceitos e estigmas previamente instituídos, no sentido de reelaborar práticas de cuidar, envolvendo a equipe de enfermagem no processo terapêutico desses pacientes.

Para trabalhar com o usuário em sofrimento psíquico, faz-se necessário romper com as próprias concepções e percepções, rompendo com a visão cultural e historicamente construída ligadas ao isolamento deste usuário, do medo e idéia de agressividade, para que a relação terapêutica profissional-usuário seja possível de ser estabelecida.

Dessa forma, os profissionais de saúde, particularmente os da enfermagem, precisam desprender-se para desempenhar a sua função com comprometimento e vínculo com o outro, empenhando-se na promoção de saúde desses usuários e seus familiares, numa perspectiva de inserção social.

Destaca-se a necessidade de rever os processos de formação dos profissionais, de forma a capacitá-los para assistência a pessoas em sofrimento psíquico de acordo com a proposta da Reforma Psiquiátrica, com conhecimento sobre o funcionamento da Rede de Saúde Mental. Desta forma, seria possível minimizar as resistências relacionadas ao profissional, restando as dificuldades da gestão quanto a estrutura, financiamento e adaptações para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico em hospitais gerais.

Espera-se que as reflexões suscitadas por este trabalho possam contribuir no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem de hospitais gerais, para que estes ponderem acerca da assistência que oferecem a pessoa em sofrimento psíquico, melhorando a qualidade da assistência, na medida em que, cada encontro entre o profissional e o usuário dos seus serviços possa ser reconhecido, refletido e auto-avaliado, uma vez que o reconhecimento dos problemas, mesmo que no campo teórico, é apontado como uma estratégia de transformação de um procedimento técnico em um trabalho ético e humanizado.

## 7 REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. **O homem e a serpente: outras histórias para loucura e a psiquiatria**. RJ: Fiocruz, 1996.

\_\_\_\_\_. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2000.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BANDEIRA et al. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. RJ, v.47, n. 12, p. 627-640, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 2 Edição. RJ: Grall, 1991.

BOTEGA, N.J. **Serviços de saúde mental no hospital geral**. Campinas: Papyrus, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria do Ministério da Saúde n° 224 de 19 de janeiro de 1992**. Brasília, 1992.

\_\_\_\_\_. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispões sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 16 out, 1996.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Lei 10.216, de 06 de abril de 2001**. Diário Oficial da União. 09 de abril, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério de Educação e Cultura. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.1.996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências**. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. **Relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília; 2007.

- BORBA, L. O et al. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul Enferm.** v. 21, n. 4, 2008. p. 588-594.
- CAMPOY, M. A et al. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. **Rev Latino-am Enfermagem.** v. 13, n. 2, 2005. p.165-72.
- CAMPOS, M. A. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **Jornal Brasileiro Psiquiatria.** v.41, n. 6, 1992. p. 255-257.
- CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev Esc Enferm USP.** v. 45, n. 3, 2011. p. 687-691
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.** v. 14, n. 1, 2004. p.41-65.
- ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D. B. Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. **Rev Esc Enferm USP.** v.38, n.1, 2004. p. 341-349.
- FREITAS, C. S. A reforma psiquiátrica e a inserção das famílias no tratamento: uma análise da qualidade de vida do “familiar-cuidador”. [Monografia]. Especialização em Educação e Promoção da Saúde. **Universidade de Brasília**, Brasília, 2010. 37p.
- GOFFMAN, E. **Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4ª Ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, P. 287-302, mar/ago, 2005.
- GUARESCHI, N. M. F. et al. Usuários do hospital-dia: uma discussão sobre performatividade em saúde e doença mental. **Revista Mal-Estar E Subjetividade.** v. VIII, n. 1, 2008. p. 119-137.
- GUEDES, A. C. et al. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** v.12, n.3, 2010. p. 547-553.
- GUERRA, A. M. C. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Rev Latinoam Psicopat Fund.** v. 7, n. 2, 2004. p. 83-96.
- HELLER, A. **O cotidiano e a história.** 4.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.
- HILDEBRANDT, L. M.; ALENCASTRE, M. B. A inserção da psiquiatria no hospital geral. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.22, n.1, jan. 2001, p.167-186.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n. 1, 2009. p.297-305.

ISHIY, L. et al. Pesquisa de Opinião de Universitários da Universidade de Pernambuco/UFPE sobre Doença Mental. *Rev. Neurobiologia*, v. 71, n. 1-2, 2008. p.21-46.

JORGE, M. S. B et al. Desinstitucionalização: Visão dos profissionais de saúde mental. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 48, n. 4, p. 401-414, out/ dez, 1998.

JORGE, M.S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado:vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n 7, 2011. p. 3051-3060.

KIRSCHBAUM, D. I. R. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n. 19, p.15-36, 2000.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: ARTMED/ UFMG, 1999.

LIMA, R. V. M. Papéis, conflitos e gratificações do enfermeiro de serviços abertos de assistência psiquiátrica. *Rev. Eletronic. Enf.* v. 12, n. 2, 2010. p. 348-353.

LUCCHESI, M. MALIK, A. M. Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 1, 2009. p.161-168.

MACIEL et al . Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. **Temas psicol.** v.19 n.1, 2011. p. 193- 204.

MACHADO, L. M. et al. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. **Rev. Enferm. UFSM**. v. 1, n. 1, 2011. p. 31-40.

MELEIS, A. L. **Arte, ciência, saúde e enfermagem: a singularidade do cuidado ao homem numa sociedade em mudança**. VI Colóquio Pan-Americano de Investigação em Enfermagem, Ribeiro Preto, 1998.

MENDES, A.C et al. Serviço de emergência psiquiátrica. In: BOTEGA, N.J. **Serviços de saúde mental no hospital geral**. São Paulo: Papyrus, p.71-82, 1995.

MERLEAU, P. M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde** 11ªEd. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MION, J. Z.; SCHNEIDER, J. F. Leitos Psiquiátricos em hospital geral: visão de profissionais que atuam em hospital geral. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1, 2003. p. 38 – 42.

MIRANDA, C. L. **O parentesco imaginário: história e representação da loucura nas relações do espaço asilar**. São Paulo: Cortez, 1994.

- MORGADO, A; LIMA, L. A. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. RJ, v.43, n. 1, p. 19-28, 1998.
- OLIVEIRA, F. B.; SILVA, A. O. Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 4, p.485-492, out/dez, 2000.
- OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Lat Am. Enfermagem**. São Paulo, v.11, n. 3, p. 333-340, 2003.
- OLIVEIRA, F. B. et al. Percepção sobre a prática de enfermagem em centros de atenção psicossocial. **Rev Gaucha Enferm**. v. 30, n. 4, 2009. p. 692-699.
- PAES, M. R et al. Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. **Cienc Cuid Saude**. v. 9, n. 2, 2010. p.309-316.
- PAGLIARI, J. et al. Sofrimento psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 10,n.1, 2008. p. 63-76.
- PEDRÃO, L.J. Considerações sobre unidade de psiquiatria em hospital geral. **Rev Enferm**. v. 4, n. 7/8, 1998. p.40-50.
- PEREIRA, M. A. O. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface Comunic Saúde Educ**. v. 7, n. 12, 2003. p. 71-82.
- PEREIRA, M. A. O. et al. Saúde mental no programa de saúde da família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Rev Esc Enferm USP**. v. 41, n. 4, 2007. p. 567-572.
- RIBEIRO, L. M et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Rev Esc Enferm USP** . v. 44, n. 2, 2010. p. 376-82.
- ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto contexto - enferm**. v. 14, n. 3, 2005. p.350-357.
- RODRIGUES, R.M; SCHNEIDER, J.A. A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico. **Rev Latinoam Enfermagem**. v. 7, n. 3, p. 33-40, jul, 1999.
- ROSELLÓ, F. T. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis, RJ. Vozes, 2009.
- ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. **Desinstitucionalização**. SP: HUCITEC, 1990. p. 89-99.
- ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. **Desinstitucionalização**. 2ª edição ,São Paulo: Editora Hucitec, 2001, p. 17 – 59.
- SADOCK, B.G; SADOCK, V.A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

- SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais em saúde mental. **Psicol em estudo**. v.15, n.2, 2010. p. 245-253.
- SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A.; LABATE, R. C. Interconsulta em enfermagem psiquiátrica: qual a compreensão do enfermeiro sobre esta atividade? **Rev Latino-Am Enfermagem**. v. 10, n. 1, 2002. p.7-14.
- SIMSEN, C. D.; CROSSETTI, M. G. O. O significado do cuidado em UTI neonatal na visão de cuidadores em enfermagem. **Rev Gaúcha Enfermagem**. v. 25, n. 2, 2004. p. 231-242.
- SOUZA, J.G.C.et al. Como será o amanhã? Responda quem puder! Perspectivas de enfermeiros quanto ao seu futuro profissional. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 453-458, jul/ago, 2003.
- SOUZA, M. L.; SARTOR, V. V. B. PRADO, M. L. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 1, jan/mar, 2005, p. 75-81.
- SOUZA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev Bras Enferm**. v. 61, n. 2, 2008. p.153-158.
- SOUZA, F. S. P. et al. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Rev Esc Enferm USP**. v. 44, n. 3, 2010. p.796-802.
- STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: Princípios e prática**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- TAYLOR, C. M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de mereness**. 13 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TOWNSEND, M.C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo : Atlas, 1987.
- VALLE, C.B. As relações entre o Pronto-Socorro e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) na zona noroeste em Santos, São Paulo: paradigma psiquiátrico e desconstrução manicomial. **Revista Terapia Ocupacional**. Universidade de São Paulo, v.8, n.1, p.38-41, 1997
- VILLELA, S. C.; SCATENA, M. C. M. A Enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 738-741, nov/dez, 2004.

# APÊNDICES

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO LATU-SENSO**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**Projeto: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA EM SOFRIMENTO**  
**PSÍQUICO**

**APÊNDICE A - Perfil Sócio-econômico-demográfico e profissional dos participantes**

Código de Identificação: \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Religião \_\_\_\_\_ Renda mensal \_\_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_\_

Tempo de Formação em Enfermagem \_\_\_\_\_

Cursou a Disciplina de Enfermagem Psiquiátrica ou Saúde Mental durante a formação?  
\_\_\_\_\_

Cursos de capacitação na área de Saúde Mental ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

Especialização ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

Local de atuação: \_\_\_\_\_

Função atual: \_\_\_\_\_

Tipo de vínculo empregatício: \_\_\_\_\_

Horas semanais de trabalho: \_\_\_\_\_ Outra atividade remunerada  
\_\_\_\_\_

Trabalhou em outros serviços de saúde antes do atual? Sim ( ) Não ( )

Onde: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação: \_\_\_\_\_

Possui experiência em Saúde Mental? Qual?

\_\_\_\_\_

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO LATU-SENSO  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**Projeto: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA EM SOFRIMENTO  
PSÍQUICO**

**APÊNDICE B – Questionário**

1) Qual a sua concepção sobre paciente em sofrimento psíquico?

---

---

---

---

2) O que você conhece sobre a Reforma Psiquiátrica?

---

---

---

---

3) Na sua prática profissional, você já prestou assistência a pacientes com transtornos mentais?

Caso sua resposta seja sim, como você se sente ao prestar assistência a estes pacientes?

---

---

---

---

4) Enquanto profissional de enfermagem, qual você acha que deve ser sua função ao cuidar de pessoas em sofrimento psíquico?

---

---

---

---

5) Você considera o local em que trabalha adequado para atender esse tipo de paciente? Por quê?

---

---

---

---

6) Como você percebe a interação do seu trabalho com aos demais membros da equipe da instituição no atendimento a pacientes com transtornos mentais?

---

---

---

---

7) Seu trabalho se articula com os demais serviços de saúde mental do município? De que forma?

---

---

---

---

8) Qual a sua opinião quanto à possibilidade de implantação de leitos psiquiátricos neste hospital?

---

---

---

---

---

**APÊNDICE C****Projeto: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA EM SOFRIMENTO  
PSÍQUICO****Termo de Compromisso do (s) Pesquisador (es)**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

---

Autor (a) da Pesquisa

Amanda Manuella Dantas Nobre

## APÊNDICE D

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**ESTUDO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

*Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.*

---

Eu, (inserir o nome, profissão, residente e domiciliado na .....), portador da Cédula de identidade, RG ..... , e inscrito no CPF/MF..... nascido(a) em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /\_\_\_\_ , abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**. O qual objetiva conhecer as concepções da equipe de enfermagem das Alas Clínicas e Cirúrgica do HUAC acerca da assistência a pacientes em sofrimento psíquico. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possam compreender a assistência de enfermagem a pessoa em sofrimento psíquico no hospital universitário nas Alas clínicas e cirúrgica;
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer custo com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;

- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- V) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

VII) Observações Complementares.

VIII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Campina Grande, de de 2011

Paciente /  Responsável .....

**Testemunha 1 :** \_\_\_\_\_

Nome / RG / Telefone

**Testemunha 2 :** \_\_\_\_\_

Nome / RG / Telefone

**Responsável pelo Projeto:** \_\_\_\_\_

Enfª Esp. AmandaManuella Dantas Nobre, Mestranda em Saúde Pública pela UEPB.

**Telefone para contato:** (83) 8879-7572