

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
MESTRADO EM BIOÉTICA

CRISTIANA CLARISMÉLIA CONTIÉRI SILVA

***“UMA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA SOBRE O ATENDIMENTO AO
PACIENTE PSIQUIÁTRICO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO
PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO”***

SÃO PAULO

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
MESTRADO EM BIOÉTICA

CRISTIANA CLARISMÉLIA CONTIÉRI SILVA

***“UMA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA SOBRE O ATENDIMENTO AO
PACIENTE PSIQUIÁTRICO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO
PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO”***

Dissertação de Mestrado em Bioética apresentado
ao Centro Universitário São Camilo para a obtenção
do título de Mestre em Bioética

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Cohen.

Co-orientador: Prof. Dr. Marcio Fabri dos Anjos.

SÃO PAULO

2007

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Pe. Inocente Radrizzani

Silva, Cristiana Clarismélia Contiéri

Uma perspectiva da bioética sobre o atendimento ao paciente psiquiátrico pela equipe de enfermagem do pronto socorro do hospital universitário / Cristiana Clarismélia Contiéri Silva. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

139p.

Orientação de Cláudio Cohen e Márcio Fabri dos Anjos

Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário São Camilo, Mestrado em Bioética, 2007.

1. Pessoas mentalmente doentes 2. Bioética 3. Serviços médicos de emergência I. Cohen, Cláudio II. Anjos, Márcio Fabri dos III. Centro Universitário São Camilo IV. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Cristiana Clarismélia Contiéri Silva

“Uma perspectiva da bioética sobre o atendimento ao paciente psiquiátrico pela equipe de enfermagem do pronto socorro do hospital universitário.”

Aprovado em:

São Paulo, ____ de _____ de 2007.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Assinatura _____

EPÍGRAFE

*“ESTOU DE ACORDO QUE UM ESQUIZOFRÊNICO É UM
ESQUIZOFRÊNICO”.
MAS UMA COISA É IMPORTANTE, ELE É UM HOMEM E TEM UMA
NECESSIDADE DE AFETO, DE DINHEIRO E DE
TRABALHO; É UM HOMEM TOTAL E NÓS DEVEMOS
RESPONDER NÃO À SUA ESQUIZOFRÊNIA,
MAS AO SEU SER “POLÍTICO E SOCIAL.”*

(Basaglia, Franco. IN: Bock, Ana Mercês B; Furtado, Odair; Teixeira, Maria de Lourdes T. Psicologias: Uma introdução ao estudo da psicologia. 13. Ed. São Paulo: Saraiva, 2002.p.346).

DEDICATÓRIA

Dedico esse a trabalho a algumas pessoas que fazem o meu coração bater mais forte, que fazem a minha vida ter sentido, que iluminam o meu caminho e que, incondicionalmente, doam seus sentimentos mais puros, sem questionamentos em benefício das minhas causas.

Aos meus pais Dirceu e Bernadeth que são a razão da minha existência e os exemplos da minha vida, vocês me deram a vida, em suas mãos dei os meus primeiros passos. O que penso, acredito e o que sou são frutos da amizade, do amor, da compreensão e orientação que vocês me deram com o objetivo de me guiar sempre para o melhor caminho,

Ao meu filho Rodrigo que com muita calma e paciência suportou os momentos de minha ausência, e que nunca me deixou desistir, com amor, carinho, incentivo, confiança e apoio.

Ao Paulo Sergio, que compartilhou os bons e difíceis momentos, estando sempre ao meu lado, obrigada por compreender minha ausência e por fazer parte da minha vida.

Ao meu irmão Mário Henrique, minha cunhada Marta e meu sobrinho Eric Henrique, que sempre me incentivaram a seguir em frente.

A “Equipe de Enfermagem do Pronto Socorro Geral do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo”, trabalhadores que participaram desse estudo,

obrigada pela ajuda, incentivo, e colaboração durante a coleta de dados e também por compartilharem particularidades de suas vidas e trabalho, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem aos doentes mentais e seus familiares.

Obrigada também por acreditarem sempre em uma melhora da assistência de enfermagem prestada, e pelos questionamentos que sempre fazem em prol do paciente.

Aos meus pacientes do CAPS Jabaquara, do Hospital João Evangelista, e do Hospital Dia do Caisme Água Funda, muitos não são mais os meus pacientes, mas com certeza, pela sua garra em continuar sempre a luta, mesmo perante as dificuldades, me incentivaram a escrever esse trabalho e me ensinaram, um a um a lidar com o sofrimento mental, acreditando ser possível um novo olhar...

Hoje, venço mais um desafio, e mesmo sabendo não ser suficiente, dedico a vocês esta conquista como agradecimento a sua dedicação.

*A todos muito obrigada.
CRISTIANA*

AGRADECIMENTOS

Todos os caminhos que foram percorridos durante a longa caminhada do Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo, nos trazem muitas lembranças: alegres, tristes, ou saudosas, são lembranças que muitas vezes alimentam a nossa energia interior e nos incentiva a continuar a nossa trajetória de vida e nunca desistir apesar das inúmeras dificuldades que encontramos.

São todas essas lembranças que tornam vivas a nossa história passada, e constroem a nossa história de vida.

É muito curioso observarmos como a vida nos oferece respostas aos nossos pequenos gestos como:

“A mais longa caminhada só foi possível passo a passo”...

“O mais belo livro do mundo foi escrito letra a letra”...

“Não fosse a gota não haveria chuva”...

Assim também, aquele mundo de paz, harmonia, amor e felicidade que tanto almejamos, só será construído por nós, a partir de pequenos gestos de compreensão, respeito, solidariedade, ternura, fraternidade, e perdão, dia após dia...

Ninguém pode mudar o mundo, mas podemos mudar uma pequena parcela dele, esta parcela que chamamos de “eu”.

Gostaria nesse momento de lembrar de algumas pessoas que são consideradas especiais e que contribuem no dia a dia, através de seus pequenos gestos, com a mudança dessa pequena parcela do mundo “eu”.

São pessoas que compartilharam comigo os dias de chuva, de sol, de alegria, de angústia, de desânimo e tristeza durante o decorrer desse trabalho e todos esses dias foram muito importantes para o meu crescimento pessoal e profissional.

DEUS

Um agradecimento especial em primeiro lugar a “Deus” por eu existir, sem ele nada seria possível.

Deus me deu força, paciência e perseverança, para que eu enfrentasse todos os desafios no decorrer dessa jornada e me guia pelos caminhos da vida.

Agradeço a Deus também as mãos que me foram estendidas através dos meus amigos, em momentos de dificuldades e angústias, em momentos que quase desisti, mas essas mãos não deixaram.

Existiram muitas mãos especiais que estão cheias de amor, esperança, ternura, são mãos que consolam, que acalentam, que acolhem, que aliviam a dor e que agradam e tocam o nosso coração e que através de seus pequenos gestos no dia a dia conseguem mover montanhas.

De quem são essas mãos elas:

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Prof. Dra. Raquel Rapone Gaidzinski que é Diretora do Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo que me ajudou a não desistir, sempre me incentivando nos momentos de dificuldade, ajudando e acreditando em meu trabalho e crescimento profissional.

A Diretora de Divisão do Departamento de Enfermagem de Pacientes Externos Prof. Dra. Tânia Regina Sancinetti, do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, agradecimentos pelo apoio, incentivo e compreensão em todos os momentos e por ter possibilitado a realização desse trabalho.

A minha amiga e Chefe de Seção do Pronto Socorro Adulto, enfermeira Adriana Nori, companheira, que presente em todos os momentos de minha vida no Hospital Universitário, sempre me incentivou, estando sempre pronta a ajudar em todas as minhas dúvidas e dificuldades.

À minha colega de estrada no trabalho e caminhada Renata Pedrosa obrigada pela paciência nos momentos que assumiu sozinha o Pronto Socorro Geral devido a minha ausência e que sempre me incentivou a continuar.

A amiga Jane Prado do Departamento de Enfermagem pela ajuda e colaboração nos detalhes do trabalho e curriculum.

A minha mais nova amiga Wilma do Departamento da Comissão de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário pela colaboração durante a passagem do trabalho ao CEP e COMEP.

A nossa secretária, amiga e colega Sílvia Maria Oliva do Pronto Socorro, e a enfermeira Luciana Ogawa pela boa vontade e ajuda durante a coleta de dados.

E por fim ao Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, instituição que me propiciou oportunidades de crescimento profissional.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Duas pessoas que foram muitos especiais nesse trabalho e que sem elas não teria conseguido:

Prof.ª Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo que com sua paciência, inteligência e humildade, soube compreender as minhas dificuldades e limitações, me ensinando com calma e compreensão que a dignidade existe basta nos juntarmos a ela.

Prof.ª Dra. Luciana de Almeida Colvero do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que com sua valiosa presença e colaboração na banca de qualificação só enriqueceu o meu trabalho.

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO MESTRADO EM BIOÉTICA

Ao Prof. Dr. Cláudio Cohen, médico, livre docente da Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo na disciplina de Psiquiatria e Medicina Legal, meu orientador, que por entender a importância desse trabalho, deu-me condições de finalizá-lo com muita tranquilidade, obrigada por seus ensinamentos e incentivo.

Ao Prof. Dr. Marcio Fabri dos Anjos, teólogo, meu co-orientador pela calma, paciência, sempre estando disponível para conversas pela internet e por ter me ensinado que rigor acadêmico pode ser conjugado com companheirismo e generosidade.

Ao Prof. Dr. William Saad Hossne, coordenador do Curso de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo que com seu incentivo e animo nunca deixava ninguém da sala desanimar.

Prof.ª Dra. Vera Zaher, médica, doutora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Centro Universitário São Camilo, que apesar de não ser minha orientadora sempre esteve disponível em todos os momentos que precisei, demonstrando uma devoção e dedicação ao seu trabalho e um grande carinho e afetividade com os alunos, sem sua ajuda não teria conseguido.

A todas as professoras e professores do Curso de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo por serem verdadeiros mestres e representarem o ser humano em sua essência, com exemplo profissional e pessoal.

A minha colega e comadre de mestrado Silvana Feliciano pelas boas gargalhadas, pelo companheirismo, pela amizade, ajuda e incentivo.

A minha colega de mestrado Deborah Karisto por acreditar em meu trabalho na psiquiatria e me convidar para trabalhar na Unicsul.

À todas as minhas colegas de sala do mestrado, que acabei conhecendo, por me fazerem perceber que tudo vale a pena.

AOS AMIGOS

Agradecimento especial a Prof^o. Dra. Regina Celi Alves Simão, do Departamento de Enfermagem em Saúde Mental do Centro Universitário São Camilo, que ao me convidar a trabalhar na docência em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, lançou-me a uma nova vida e a um novo mundo, me incentivou ao estudo e com certeza aprendi muito com a sua experiência, dedicação e exemplo.

Aos meus alunos da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC) e da Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL), ex-alunos do Centro Universitário São Camilo, por expressarem os seus sentimentos em cada momento dedicados ao paciente psiquiátrico, mostrando sempre a integridade e a humanidade, que são as inspirações em minha profissão de enfermeira.

A minha nova amiga Daniele Cristine de Campos Nunes pela ajuda na confecção do final do trabalho, e tabelas, obrigada pelo convívio, paciência, apoio e orientação e que Deus ilumine a sua vida, não teria conseguido sem você.

E A todos, que dos bastidores contribuíram e acompanharam os meus momentos de derrotas, boas e más notícias, nesta tarefa de viver, sonhar, perseverar, mostrando a solidariedade e incentivando a descobrir a beleza do mundo, e a grandeza da Emergência em Enfermagem Psiquiátrica.

Por mais solitários que às vezes me senti contei sempre com a presença de pessoas companheiras e solidárias, que muito me confortaram nessa difícil missão.

A todos que estiveram ao meu lado, o mais carinhoso reconhecimento.

Agradeço a todos pelo voto de confiança depositado, que me fez acreditar mais em meu trabalho, e que Deus ilumine a vida de todos.

*Muito Obrigada
Cristiana Contiéri*

RESUMO

SILVA, C.C.C. Uma perspectiva da bioética sobre o atendimento ao paciente psiquiatra pela equipe de enfermagem do pronto socorro do hospital universitário. São Paulo, 2007. 99 p. Dissertação (Mestrado) em Bioética. Programa de Pós Graduação do Centro Universitário São Camilo, 2007.

Através de dados coletados entre profissionais do Pronto Socorro do Hospital Universitário, de São Paulo, esta pesquisa estuda, com critérios da bioética, algumas dificuldades enfrentadas por estes profissionais no atendimento ao doente mental. Estuda igualmente algumas condições básicas para uma possível melhora na qualidade da prestação de tais serviços. Para situar a pesquisa, levanta-se inicialmente esclarecimentos conceituais sobre a enfermagem e a loucura, com ênfase na história evolutiva da psiquiatria. Lançam-se também alguns referenciais específicos da bioética pertinentes aos procedimentos em questão. No levantamento de dados junto aos profissionais adotamos uma pesquisa qualitativa, cujos resultados principais mostram duas áreas de necessidades. Uma se refere às fragilidades no preparo e formação dos profissionais para prestarem com qualidade a assistência aos doentes, e poderem dar alguma orientação indispensável a seus familiares. Outra diz respeito a condições de infra-estrutura do pronto socorro, por algumas inadequações que aumentam as dificuldades dos relacionamentos com os doentes e seus familiares. Verifica-se que os enfoques da bioética ajudam a se superarem estigmas e preconceitos com que se discriminam doentes mentais, e afetam a qualidade do atendimento que lhes é dado. Contribuem também para a construção social e institucional de condições adequadas para propiciar tal qualidade.

Palavras Chaves: Bioética, Saúde Mental, Equipe de Enfermagem, Preconceito, Estigmas.

ABSTRACT

Silva, C.C.C. **A perspective of the bioethic about the service to the mental patient for the team of nursing of the ready help the academical hospital.** São Paulo, 2007. 99p. Dissertation (Master's degree) in Bioethic. Program of After Graduation of the Academical Center São Paulo, 2007.

Through datum collected among professionals of the Ready Help of the Academical Hospital, of São Paulo, this research studies, with criterions of the bioethic, some difficulties faced by these professionals in the service to the mental patient. It Studies some basic conditions equally for a possible improvement in the quality of the installment of such services. To place the research, they get up conceptual explanations initially about the nursing and the madness, with emphasis in the evolutionary history of the psychiatry. They also rush some specific references of the pertinent bioethic to the procedures in subject. In the rising of datum the professionals adopted a qualitative research, whose main results show two areas of needs close to. A refers to the fragilities in the preparation and the professionals' formation for they render with quality the attendance to the patients, and they could give some indispensable orientation their relatives. Another concerns conditions of infrastructure of the ready help, for some inadequacies that increase the difficulties of the relationships with the patients and their relatives. It is verified that the focuses of the bioethic help if they overcome stigmas and prejudices with that they are discriminated sick mental, and they affect the quality of the service that is them given. They also contribute to the social and institutional construction of appropriate conditions to propitiate such quality.

Key words: Bioethic, Mental Health, Team of Nursing, Prejudice, Stigmas

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO _____	17
2.	OBJETIVO GERAL _____	28
	2.1Objetivos específicos _____	28
3.	REVISÃO DE LITERATURA _____	29
	3.1. A Bioética, a Enfermagem e os Direitos dos Pacientes Psiquiátricos _____	29
	3.2. A Enfermagem e a loucura _____	33
	3.3. Evolução Histórica da Psiquiatria _____	34
	3.3.1. Concepção Mágico-Religiosa da Psiquiatria _____	35
	3.3.2. Concepção Organicista da Psiquiatria _____	37
	3.3.3. Concepção Psicodinâmica da Psiquiatria _____	40
	3.3.4. Concepção Social da Psiquiatria _____	41
	3.3.5. Concepção com base na Toxicomania _____	43
	3.3.6. Concepção Geral _____	45
	3.4. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental _____	45
	3.5. Dilemas éticos na Psiquiatria _____	53
	3.6. Aspectos Éticos e Legais na Psiquiatria e na Enfermagem Psiquiátrica _____	55
	3.7 Os Sentimentos, as emoções e as ações dos profissionais da enfermagem ao cuidar do doente mental na emergência _____	57
	3.7.1. Calosidade Profissional _____	62
	3.7.2. Distanciamento Crítico _____	63
	3.7.3. Empatia Genuína _____	64
	3.7.4. Profissionalismo Afetivo _____	65
	3.8. A importância da família no Tratamento do doente mental _____	67
4.	METODOLOGIA _____	69
	4.1. Local da Pesquisa _____	69
	4.2. Sujeito _____	69
	4.3. Instrumento _____	70
	4.4. Procedimento _____	70
	4.5. Aspectos Éticos e Legais da pesquisa _____	70
	4.6. Análise dos dados _____	71
5.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS _____	72
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	120
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	125
8.	ANEXOS _____	136

1. INTRODUÇÃO

*“Loucos são os doutores, os dramaturgos, os cineastas,
os mendigos, os andarilhos, os políticos, os cientistas,
as crianças travessas, os adolescentes rebeldes,
os velhos carentes, os solitários, os poetas,
as donas de casa junto com suas empregadas ou a sós,
os músicos que estão nos hospícios.
E eu, como já fui rotulada e internada,
me considero um pouco louca.*

Desta loucura, muito me serviu para entender melhor o ser humano”.¹

A sociedade capitalista tem muita dificuldade em viver e conviver com a loucura, mas muitas vezes é capaz de produzi-la.

Para viver e conviver com a nossa sociedade devemos ter ética.

A ética é uma parte da filosofia que trata dos valores que estão relacionados à conduta humana, dos nossos erros e acertos, da nossa bondade e maldade em determinadas situações e ações (TOWNSEND, 2002).

Uma pessoa não nasce ética ela vai desenvolvendo o seu lado ético durante o seu crescimento, porém há humanização esta muito ligada à ética. O mesmo acontece com os nossos conceitos de valores e de moral que vem sendo adquiridos por nós no desenvolver da nossa vida (COHEN; SEGRE, 2002).

Um indivíduo só será ético quando ele puder interpretar e compreender os códigos de ética, e as normas a serem seguidas que são impostas pela sociedade. Os códigos de éticas representam a consolidação dos princípios éticos assumidos por uma sociedade (COHEN; SEGRE, 2002).

A nossa sociedade é exigente ela vê a psicose, a neurose e a dependência química como uma ameaça ao homem civilizado e a sua racionalidade, que é a razão de sua existência (ANGERAMI-CAMON, 2002).

A sociedade é conhecida como portadora da experiência, da sabedoria, do conhecimento, e da comunicação, mas infelizmente está criando cada vez mais a incomunicação e a solidão entre as pessoas.

As pessoas vivem em um habitat, onde existe a falta do amor, do toque, do carinho, da compaixão, do cuidado e principalmente do contacto humano, e quando existe esse contacto as pessoas são escolhidas pela beleza física, dinheiro, posição e status social, etc.

¹ Trecho de texto escrito por Carolina (nome fictício), 51 anos, portadora de esquizofrenia.

Isso afeta a essência humana, naquilo que é fundamental: a compaixão e o cuidado que é na verdade o suporte real da criatividade, da liberdade, da inteligência, e é onde identificamos os nossos valores, os nossos princípios e as nossas atitudes que fazem da vida um bem - viver e das nossas ações um reto agir (BOFF, 1999).

O paciente psiquiátrico que chega para atendimento no Pronto Socorro Geral, já vem com as marcas do preconceito e estigma dessa sociedade, que tem tão pouco contacto e calor humano.

Esse preconceito, muitas vezes começa em sua própria família, que vê o indivíduo como um vagabundo e não reconhece a sua doença, chegando também aos funcionários das instituições que atendem esses pacientes.

Um exemplo disso é como ele é classificado pela sociedade em geral, como biruta, doido, varrido, lunático, imbecil, retardado, etc., e os dependentes químicos são considerados drogados, drogaditos, bêbados, vagabundos, etc. (ESPINOSA, 2002).

A sociedade por falta de conhecimento tem dificuldade em entender que o comportamento estranho desse indivíduo é consequência da sua doença, e levanta várias questões éticas (ESPINOSA, 2002).

Aí surge a Bioética como uma resposta democrática da sociedade frente às questões éticas levantadas, onde a mesma repensa os valores e princípios sociais e consequentemente o ser humano (COHEN; SEGRE, 2002).

A Bioética é o ramo da filosofia que enfoca as questões referentes à vida humana, a morte, as relações e o convívio humano, com preservação das crenças e valores individuais (COHEN; SEGRE, 2002).

Se quiser pensar em direitos humanos como direito natural do ser humano, vamos perceber que eles não existem naturalmente no indivíduo, pois desde a década de 30, os portadores de transtornos mentais sofrem formas de preconceito e discriminação, na época já existia uma associação entre a doença mental e a violência (SANTOS, 2004).

Era comum ser utilizado o isolamento e o aprisionamento daqueles indivíduos que eram considerados diferentes, ou seja, daqueles que fugiam do padrão normal que era estabelecido eticamente pela sociedade (SANTOS, 2004).

Os pacientes ditos "LOUCOS", na época eram afastados da sociedade e jogados nos manicômios, sanatórios, ou hospitais psiquiátricos, eram utilizados

também como instrumentos de pesquisa, a medicação utilizada era duvidosa e com uso abusivo onde os pacientes viviam dopados e sonolentos (SANTOS, 2004).

Eram tratados de formas desumanas, como uma “anomalia humana” ou “monstro defeituoso”, dentro de uma visão incoerente com os padrões éticos atuais, e onde direitos humanos eram totalmente esquecidos (SANTOS, 2004).

O fato de excluir aquele que é considerado supostamente uma pessoa diferente, e que apresenta um transtorno mental ou psíquico, apenas pelo fato de não compartilhar com um mesmo padrão mental da sociedade, representa uma atitude odiosa das sociedades preconceituosas (SANTOS, 2004).

O doente mental infelizmente, ainda hoje passa por um longo processo de alienação e despersonalização, e é visto como um indivíduo que é incapaz, perigoso, agressivo e improdutivo, e isso tudo leva a um processo de perdas individuais, que transforma o indivíduo em nada, fazendo uma desconstrução de sua existência (ROLIM, 1993).

Ele sofre com o estigma e preconceito, e é considerado por todos, como o “freguês do Pronto Socorro”, sobretudo o histérico e o alcoólico que costumam ser o “calo” da equipe, devido à grande agitação psicomotora e agressividade que provocam no Pronto Socorro. (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Muitas vezes a equipe de enfermagem sofre com essas situações de agressividade, de agitação psicomotora, devido à falta de conhecimento específico, de preparo, de material e de número insuficiente de funcionários no setor da emergência.

Os trabalhadores da saúde que atuam na psiquiatria apesar de lidar com essas situações difíceis, também são discriminados pela sociedade e às vezes são chamados de “aquele médico louco” ou “aquela enfermeira doida”, ou “você vai fazer psiquiatria, vai ficar doida que nem eles”, e é muito comum ouvirmos todo tipo de comentário pelos corredores do hospital.

O atendimento ao doente mental também é avaliado pelo relacionamento que o doente mental mantém com os membros da equipe de enfermagem que cuida dele, esse relacionamento reflete inúmeros determinantes como condições de trabalho, conhecimento técnico-científico, conhecimento de senso comum e fatores emocionais. (ROLIM; 1993).

A própria psiquiatria também é discriminada e, atualmente, ficou conhecida como “a filha bastarda da medicina”, ou seja, aquela que faz diferente, sendo que é

uma especialidade que recebeu muitas influências de outras áreas e as incorporou em suas teorias e técnicas, sobretudo das ciências sociais, psicologia e psicanálise, formação humanística e esta realidade mantém um ambiente tenso entre a psiquiatria e as outras práticas médicas que discordam deste tipo de formação (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1997)

A equipe de enfermagem faz parte desses trabalhadores, portanto, perceber o impacto que a doença mental causa nos membros da equipe é importante para que haja uma melhor qualidade da assistência de enfermagem prestada e exclusão da discriminação e preconceito.

Com a Reforma Psiquiátrica e as novas propostas de assistência ao paciente psiquiátrico é importante que existam profissionais de enfermagem preparados para o cuidado integral, visto que eles são os que vão estar sempre mais próximo ao paciente e aos seus familiares.

Infelizmente, ainda hoje existe uma grande dificuldade em encontrar um Pronto Socorro Geral com um ambiente acolhedor e que facilite o relacionamento interpessoal entre esse profissional e o paciente.

Relacionamento este que é fundamental durante o atendimento ao doente mental e aos seus familiares em um Pronto Socorro, visto que o mesmo da entrada no Pronto Socorro em um momento de crise e muitas vezes são trazidos pela família que esta muito ansiosa, esperançosa e estressada.

O profissional de enfermagem durante o atendimento ao doente mental na emergência tem grandes dificuldades, devido ao número restrito de funcionários, a demanda de pacientes no Pronto Socorro Geral que é grande e também a falta de tempo para um relacionamento interpessoal com o paciente.

O profissional que trabalha em emergência começou a ter contacto com a psiquiatria com a Reforma Psiquiátrica, onde ocorreu uma desospitalização dos pacientes psiquiátricos, e eles começaram então a procurar o serviço de emergência dos hospitais gerais para atendimento durante uma crise² (BRASIL, 2005).

² Segundo Dell'Acqua e Mezzina (1991), crise aqui entendida como um conjunto que agrupa cinco dos seguintes parâmetros:

- Grave sintomatologia psiquiátrica aguda;
- Grave ruptura de relação no plano familiar e/ou social.
- Recusa dos tratamentos psiquiátricos. Afirmação da não necessidade de tratamento, porém aceitação do contacto;
- Recusa obstinada do contacto psiquiátrico propriamente dito, e
- Situações de alarme no contexto familiar e/ou social. Incapacidade pessoal de afrontá-las.

A Reforma Psiquiátrica trouxe então um serviço de “Pronto Atendimento Psiquiátrico” que começou a funcionar nos Hospitais Gerais, buscando atender com a função primordial de evitar as internações psiquiátricas hospitalares em hospitais psiquiátricos fechados evitando assim a cronificação da doença. (BRASIL, 2005).

Isso trouxe muito transtorno ao Pronto Socorro Geral, local com limitações ambientais, temporais e humanas e que não estava preparado para atender essa demanda e também não possuía funcionários considerados capacitados para tal atividade.

Com todas essas dificuldades existentes, começaram então a surgir conflitos éticos com situações de agressividade e dificuldades de relacionamento entre os funcionários, os pacientes e os familiares, e muitas dessas situações eram advindas do medo, preconceito, intolerância e outros (BRASIL, 2005).

Durante o atendimento ao doente mental na emergência existem muitas situações inéditas, que geram tensão na equipe multiprofissional e que poderiam ser evitadas se houvesse condições de educação permanente para a temática.

Os pacientes psiquiátricos que apresentam uma agitação psicomotora são pacientes difíceis de cuidar, e a enfermagem deve estar preparada cientificamente e psicologicamente, para que consiga uma boa assistência de enfermagem.

Com a formação adequada em emergência psiquiátrica, e um ambiente acolhedor, os profissionais que atuam na área, vão ter condições de promover com empatia uma aliança terapêutica com o paciente (ROLIM, 1993).

Para a mesma autora o atendimento ao doente mental é avaliado pelo relacionamento que o paciente mantém com os membros da equipe de enfermagem que cuidam dele, esse relacionamento reflete inúmeros determinantes como condições de trabalho, conhecimento técnico-científico, conhecimento de senso comum e fatores emocionais.

A postura da enfermagem na emergência no seu cotidiano, não depende só da sua competência técnica e profissional, mas sim também da sua conduta ética que deve ser voltada para as suas concepções da doença mental, das determinações institucionais e também do atender ao doente mental (ROLIM, 1993).

A enfermagem também não pode esquecer-se de desenvolver ajuda as famílias em situações graves de crise, principalmente quando acontece uma hospitalização considerada involuntária e de emergência (CERQUEIRA, 1984).

Mas como ajudar esse familiar quando muitas vezes não estamos preparados para isso, com dificuldades em atender as patologias psiquiátricas ou em desenvolver um relacionamento interpessoal com o paciente psiquiátrico e com o seu familiar.

O medo do desconhecido aumenta o nosso preconceito, e tudo o que desconhecemos causa medo, portanto é função do profissional da enfermagem educar e informar aos familiares sobre a doença mental, suas causas, seus sintomas, e seu manejo.

Para que isso aconteça naturalmente o profissional tem que ter um conhecimento específico e envolvimento com a saúde mental para estar apto a oferecer uma assistência de enfermagem efetiva (ESPINOSA, 2002).

No Pronto Socorro Geral chegam muitos pacientes psiquiátricos, a forma mais habitual e comum é a tentativa de suicídio, chegam também pacientes de outras especialidades e a enfermagem e a equipe multiprofissional devem trabalhar juntos no atendimento a esses pacientes.

Infelizmente, existem muitos prontos socorros onde faltam especialidades, e a falta de um psiquiatra ou outras especialidades, nesse momento causa insegurança na equipe em geral.

Essa insegurança provavelmente ocorre devido à psiquiatria ser uma especialidade que provoca um maior número de inquietações e dúvidas éticas, onde lidamos com os sentimentos, emoções e com a mente humana que é considerada desconhecida (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1997).

Durante essas situações, fica muito difícil ficar na linha de frente do Pronto Socorro sem o apoio de uma equipe interdisciplinar e treinada para esse tipo de atendimento (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Devemos lembrar que no Pronto Socorro Geral, chegam pacientes contra a sua vontade própria, são trazidos pelos familiares, policiais ou pelo resgate, muitos destes pacientes são pessoas portadoras de distúrbios mentais que estão em momentos de manifestação aguda de uma crise, em surto psicótico, estressados, extremamente ansiosos e algumas vezes agressivos.

Esses pacientes que apresentam confusão mental, desorientação no tempo e espaço, e agitação psicomotora, costumam provocar na equipe profissional, muitas reações e sentimentos, que variam entre sentimentos bons e ruins. (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Sentimentos como hostilidade, nojo, raiva e na verdade uma grande sensação de impotência, e de fracasso profissional por não conseguir uma assistência efetiva a esse paciente e obter a “cura” dessa doença.

Ocorrem também na equipe alguns sentimentos que variam entre pena e compaixão, visto que vivenciamos muitas vezes o abandono desse paciente pela própria família, onde são considerados indigentes, chegam maltrapilhos, sem asseio pessoal, moram nas ruas e com uma completa deteriorização social.

Muitos chegam alcoolizados e drogados e precisam ser contidos no leito, devido à agitação psicomotora e grandes tumultos que provocam na unidade, outros em compensação chegam calmos, quietos querendo só um lugar para passar a noite e comer.

Os familiares que trazem esse paciente psiquiátrico ao Pronto Socorro Geral, também chegam extremamente ansiosos, angustiados, temerosos, estressados, e com certeza vão requisitar muito os serviços médicos, os da enfermagem e de toda a equipe, e isso algumas vezes é feito de maneira inconveniente, muito agressiva, estúpida, causando sentimentos de desconforto na equipe em geral. (BOTEGA, DALGALARRONDO, 1997).

Sendo esse quadro bastante freqüente, espera-se que existam no serviço de emergência pessoas preparadas para lidar com tal situação, uma vez que existem dificuldades em lidar com os sentimentos e emoções dos pacientes, familiares e da equipe em geral.

No cotidiano dos Prontos Socorros emergem muitos dilemas éticos, decisões que envolvem escolhas difíceis, como:

- Quem deve ter saúde?
- A quem deve ser negada a oportunidade de vida e saúde?
- Quem deve ser atendido em primeiro lugar?
- Quem vai ocupar a vaga na Unidade de Terapia Intensiva?
- E outros.

E muitas vezes a enfermagem é obrigada a participar dessas escolhas, por isso, é muito importante que a enfermagem perceba todos os conflitos existentes, e trabalhe tentando resolver os mesmos, sem medo, preconceito ou discriminação e sem desempenhar uma assistência de enfermagem caritativa, mas sim uma enfermagem baseada na ética e nos valores humanos.

Com esse trabalho, pretendo identificar as ações, as escolhas e os sentimentos do profissional de enfermagem durante o atendimento ao doente mental e identificar quais as diretrizes que poderiam ser revistas para aprimorar o atendimento de enfermagem a esses pacientes no Pronto Socorro Geral.

A escolha dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem do Pronto Socorro Geral para esse estudo se deve a importância dos mesmos no desenvolvimento dos valores éticos e organizacionais da instituição.

Devido à posição que ocupam na estrutura do serviço, os mesmos estão sempre em freqüente contato direto com os pacientes e familiares, ficando mais fácil identificar o agir, o pensar e o sentir destes profissionais.

Os profissionais de enfermagem em geral se ocupam de todas as situações que ocorrem no Pronto Socorro Geral e se defrontam com algumas situações de discriminação de indivíduos ou grupos minoritários, e com outras questionáveis atitudes e práticas sociais.

Sob o ponto de vista ético, cabe a enfermagem lutar para que o preconceito seja combatido diariamente, com orientações aos familiares, com mudanças em determinadas atitudes, com os nossos tratamentos que devem ser humanizados, com respeito e dignidade com o próximo. Neste sentido podemos ajudar quando trabalhamos com “amor a profissão” e “ética”, pois o amor e a ética, movem montanhas e eles podem combater o preconceito devido ao comprometimento com a nossa profissão.

O ideal é desenvolvermos uma assistência de enfermagem solidária que é o “fazer junto ao paciente” e não desenvolver uma assistência de enfermagem caritativa que é o “fazer pelo paciente”, isso pode causar uma dependência ao paciente que é nociva ao tratamento.

A partir do momento, que acreditarmos que o nosso trabalho não é só para sustento próprio, e que é através dele que podemos e devemos ajudar aos nossos pacientes e familiares, transformando paradigmas, o nosso trabalho então ganhará muitos significados e com ele poderemos combater o preconceito, a discriminação e os estigmas sociais.

Talvez já tenha passado à hora de revemos todos os nossos conceitos, os nossos valores, os nossos erros, os nossos acertos, as nossas diferenças, e juntos construir uma assistência de enfermagem digna ao doente mental.

A Dignidade Humana existe, quando atendermos a todos os indivíduos que nos procuram, independente da raça, cor, credo, condição social, capacidade mental, com tratamento igualitário e acessível, humanizado e garantindo aos mesmos, “um mínimo” para que possam se tratar e viver com tranquilidade e muita harmonia (ROLIM, 1993).

Devemos não esquecer de respeitar as diferenças, alguns pacientes têm uma maior dificuldade mental, outras dificuldades sociais e todos devem ser amparados pelo estado, superando assim as suas dificuldades, para que possam integrar-se na vida social, só assim a igualdade será conseguida (ROLIM, 1993).

O nosso grande desafio como ser humano é ter a obrigação de respeitar e tolerar as pessoas que são consideradas diferentes, agindo assim vamos aprender com elas, e traremos progresso a nossa sociedade (SANTOS, 2004).

Segundo Santos (2004) as palavras chaves que vão nortear o tratamento, e a integração social dessas pessoas consideradas especiais e que são acometidas de distúrbios mentais são:

- Ver o outro com vontade de compreender o que o outro pensa, deseja ou sente.
- Ter muita tolerância, compreensão, amor, dignidade, respeito e aceitação das diferenças.
- Ter cuidado com algumas atitudes que só conduzem ao ódio, ao rancor, a destruição e a um maior distanciamento entre as pessoas.

Sem dúvida todas as pessoas que são consideradas especiais devem ter respeitada a sua dignidade, ter o direito de participar da vida em sociedade construindo assim sua cidadania e ocupando seu espaço na sociedade (SANTOS, 2004).

Uma melhor reflexão da equipe de enfermagem vai possibilitar uma melhora da assistência de enfermagem prestada, que seja comprometida eticamente com a profissão e com o outro, possibilitando uma reflexão sobre a doença mental, sobre o atendimento ao doente mental e sobre os seus próprios sentimentos sobre o ser enfermagem e pessoa.

O processo de compreensão entre a dinâmica do atender ao doente mental em uma instituição, entre a dinâmica do nosso senso comum e a dinâmica dos conhecimentos científicos, faz com que a enfermagem modifique a estrutura dos

serviços prestados e se torne ainda mais dinâmica, reflexiva e humanizada (ROLIM, 1993).

Falar de um atendimento digno, solidário, respeitoso, humanizado e sem preconceito aos pacientes que são considerados especiais, e aos seus familiares é discutir os aspectos emocionais e psicofisiológicos da equipe de enfermagem que afetam o esse atendimento durante uma situação de urgência e emergência.

A rotina do Pronto Socorro Geral adulto do Hospital Universitário – USP instituição escolhida para a pesquisa durante o seu dia a dia é uma loucura, com um número grande de pacientes de várias especialidades entre eles os pacientes psiquiátrico: os Esquizofrênicos, aqueles que chegam em Síndrome de Abstinência Alcoólica, os Transtornos Somatoformes, os Transtornos Afetivo Bipolar em fase de mania ou depressão, em crise grave como as tentativas de suicídio ou os pacientes com agitação psicomotora, etc., não esquecendo de falar dos conflitos sociais e éticos, que surgem durante o atendimento desses pacientes psiquiátricos como: os menores de idade sem acompanhante, os moradores de rua sem ter para onde voltar, as famílias que recusam a vir buscar seu familiar de alta hospitalar, etc.

Infelizmente, esses pacientes citados já chegam estigmatizados no pronto socorro geral, sofrem preconceitos e discriminação de todos inclusive da própria família, por abandono, alegando não ter condições de cuidar de seu familiar.

Todos esses pacientes psiquiátricos em crise que causam transtornos na unidade do pronto socorro geral, muitas vezes agredindo verbalmente e fisicamente o funcionário que já esta trabalhando de 06 a 12 horas de plantão, deixa a equipe vulnerável. A equipe então apresenta sentimentos de pena devido a sua situação física, psicológica e muitas vezes social ou sentimentos de revolta, principalmente quando ocorre alguma agressão física ou verbal a algum funcionário do setor do pronto socorro geral.

A equipe de enfermagem tem muita dificuldade em conviver com a loucura no dia a dia, a loucura assusta, afasta desde os familiares em geral, até os funcionários que vão atender esses pacientes.

Infelizmente a própria medicina psiquiátrica é discriminada, os próprios médicos falam que não são médicos e sim psiquiatras, tudo isso pelo fato do nosso cérebro ser uma estrutura desconhecida. O desconhecido causa medo por isso a grande importância de incentivar e promover reciclagem com os funcionários do Pronto Socorro em geral.

Isso tudo me incentivou a escrever esse trabalho, pensando em uma reflexão da equipe de enfermagem na assistência de enfermagem que é prestada, não tendo o propósito de dar soluções definitivas e nem apresentar soluções a todos os problemas que aqui foram descritos. A idéia foi formular na equipe de enfermagem uma atitude indagadora sobre a sua conduta, um repensar dos seus valores e seu comportamento e também da sua técnica durante o atendimento ao doente mental na emergência.

Finalmente espero que este estudo contribua com o fim do desrespeito, a discriminação e a subjugação do ser humano, e contribua com um ser humano melhor, mais humano, que com humildade e respeito realize plenamente a sua dimensão humana.

Um tratamento digno e com respeito é o mínimo que se espera aos portadores de doença mental que merecem solidariedade, carinho, calor humano e não **camisas de força**.

Como a loucura se constitui de forma histórica e o ser louco é muito mal compreendido e algumas ações da enfermagem são incompreendidas, achamos necessário explicitar algumas visões teóricas, sobre: a Bioética, a Enfermagem e a Loucura, sobre a Evolução Histórica da Psiquiatria, sobre a Reforma Psiquiátrica, dilemas éticos na psiquiatria, aspectos éticos e legais na psiquiatria e na enfermagem psiquiátrica, os sentimentos, as emoções e as ações da enfermagem ao cuidar do doente mental, e a importância da família no tratamento dos doentes mentais que serão representados no capítulo 3.

2. OBJETIVO GERAL

Identificar o pensamento, ações e sentimentos de uma equipe de profissionais da enfermagem de um pronto socorro geral de um hospital Universitário sobre os conflitos existentes no atendimento ao paciente psiquiátrico e propor algumas mudanças para uma melhora na qualidade da assistência de enfermagem prestada de acordo com a Bioética.

2.1. Objetivos Específicos

- Contribuir com um atendimento mais humanizado e ético, respeitoso, sem discriminação e preconceito ao paciente psiquiátrico no Pronto Socorro.
- Averiguar as principais dificuldades, dúvidas e necessidades dos profissionais de enfermagem do Pronto Socorro Geral em prestar atendimento ao paciente psiquiátrico de acordo com a Bioética.
- Tentar identificar a vulnerabilidade da equipe de enfermagem do Pronto Socorro durante o atendimento ao paciente psiquiátrico.

3. REVISÕES DE LITERATURA

3.1. A Bioética, a Enfermagem e os Direitos dos Pacientes Psiquiátricos.

*“Quando tratamos um homem como ele é,
nós o tornamos pior do que é
Quando o tratamos como se já tivesse atingido seu potencial,
nós o transformamos no que ele deveria ser.”
(Jobann Wolfgang Von Goethe)*

A Bioética vem crescendo muito na sociedade brasileira, ela passa a ser muito estudada por todos e vários temas são debatidos como: aborto, eutanásia, distanásia, clonagem, etc., (PESSINI, 1996).

Nesse trabalho, porém discuto um tema especial: que é bioética, enfermagem e os direitos dos pacientes psiquiátricos.

Não se trata só de um direito individual a saúde, mas sim de uma bioética dos direitos das nossas futuras gerações, uma bioética preventiva, educativa e promotora da saúde. Uma Bioética que significa ética da vida e tudo o que é vida lhe compete. (CORREIA, 1996).

Um cuidado com a vida e com a saúde agindo com responsabilidade, respeito e dignidade (ERDMANN et al, 2006)

Uma Bioética que possui uma área de conhecimento pluralista, multi e interdisciplinar que vai de encontro ao conhecimento técnico científico e as transformações sociais que estão ocorrendo no mundo moderno (PESSINI, 2006).

Para Segre, Silva, Schramm (1998) o que é a ética senão uma hierarquia dos nossos valores, uma tentativa de definirmos a diferença entre o bem e o mal? Ou o que é certo e o que é errado?

Ainda para os mesmos autores não adianta nenhum conhecimento científico se não tivermos a nossa escala de valores, portanto cada indivíduo com sua própria autonomia faz a sua própria escala de valores. Mas e o doente mental será que ele tem sua autonomia?

O homem nada mais é que seus próprios pensamentos, e age de acordo com esses pensamentos, e o doente mental muitas vezes age de acordo com o pensamento de outros (SEGRE; SILVA, SCHRAMM, 1998).

Confrontam-se aí os princípios da Bioética, Beneficência e Autonomia, de um lado a beneficência estabelece o que é bom para a pessoa, estrutura-se um padrão de como ela deve ser pensar e agir, cria-se uma noção da doença mental e da normalidade e se aceita a idéia da sociedade intervir no que é anormal, mesmo contra a vontade do paciente. O ideal beneficente em saúde é paternalista, vemos o familiar agindo austeramente com seus filhos, em face da necessidade de protegê-lo (SEGRE; SILVA, SCHRAMM, 1998).

A autonomia situa-se no lado totalmente oposto, onde a idéia básica é o indivíduo decidir sobre sua forma de ser, pensar e agir, porém no instante em que estamos julgando a condição de quem quer que seja da sua forma de ser, pensar ou agir, ou intervindo contra sua vontade estamos violando sua autonomia. Portanto a nossa forma de ser de pensar e de agir como enfermeiros só podem influenciar a vida do nosso paciente se este solicitar de ajuda (SEGRE; SILVA, SCHRAMM, 1998).

A alegação que a loucura o uso de drogas, o tumor cerebral são obstáculos a autonomia, respondemos que cada um de nós recebe influências de parentes, amigos, etc. e que dentro da realidade de cada um o mesmo deve ter sua autonomia respeitada (SEGRE; SILVA, SCHRAMM, 1998).

O ser humano esta há muitos anos tentando explicar o que é a loucura, compreender essa momentânea perda da razão, que assusta e desperta muito o interesse nas pessoas, no sentido de elucidar as suas causas, e o seu significado, e ao longo da evolução do conhecimento humano as doenças mentais passaram por várias explicações até chegar ao conhecimento técnico científico onde foram reconhecidos os fatores biopsicossocial e espiritual na evolução das doenças mentais (FÉ, 1998).

Entretanto, o modo como evolui o pensamento filosófico e científico, que muito enfatiza a racionalidade em detrimento das emoções, ocorre aí um antagonismo entre a razão e a loucura, e a loucura passa a ser doença e passa a ser tratada, e o hospital passa a ser o local adequado aos loucos e a consequência imediata disso é a adoção do tratamento psiquiátrico involuntário (FÉ, 1998).

O tratamento psiquiátrico involuntário é aquele que ocorre sem o consentimento do paciente. Existem aí dois preconceitos fortes que estão junto aos doentes mentais à periculosidade e a incurabilidade, onde é associado ao doente mental a idéia de uma pessoa perigosa, imprevisível, alguém que a prudência

manda evitar portanto os ditos popular: “lugar de louco é no asilo” ou “uma vez louco sempre louco” (FÉ, 1998).

A psiquiatria atual é moderna ela trata a amabilidade, firmeza, necessidades físicas e psicológicas, relação humanística entre os pacientes e profissionais da saúde e atua para que não ocorra a cronificação da doença. Existem modernas medicações neurolépticas, antidepressivas e ansiolíticas, porém existe uma diminuição do contato pessoal e humano que é um fator relevante a melhora do doente mental e a não cronificação da sua doença (FÉ, 1998).

Existe uma total falta de cuidado nos hospitais asilares, onde existe o isolamento e o confinamento, onde os pacientes são contidos desnecessariamente por falta de número suficiente de pessoal treinada em atender a esses pacientes (FÉ, 1998).

Viver a vida implica em reconhecer a importância do cuidado, em perceber que o cuidado é um valor, um direito, um dever, um compromisso social, e uma possibilidade de construirmos um mundo melhor, mais humano, mais ético, mais digno e mais saudável (ERDMANN, 2006)

Estamos passando pôr uma época de total desumanização da saúde, onde as pessoas vulnerabilizadas pela doença deixam de ser o centro das atenções e passam a ser transformada em objeto de aprendizado, de estudo, de pesquisa científica, etc. (PESSINI, 2006).

Aí entra a importância da comunicação durante o cuidado, para que haja um bom cuidado é necessária uma boa comunicação entre o enfermeiro e o paciente, e seu familiar, não existe cuidado sem comunicação.

A comunicação deve ser utilizada como instrumento da assistência de enfermagem, ou é denominada como um processo que torna possível o relacionamento enfermeira/paciente. É o denominador comum de todas as ações de enfermagem e influi decisivamente na qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente que necessita de cuidado. (STEFANELLI, 1993).

Com a comunicação a enfermagem procura amenizar eticamente as sensações de desequilíbrio biopsicossocial e espiritual apresentada pelo paciente, utilizando aí o aumento da auto-estima, através do relacionamento terapêutico (STEFANELLI, 1993).

É pela comunicação estabelecida com o paciente que podemos compreendê-lo em seu todo, ver a sua visão do mundo a sua volta, e seu modo de pensar, sentir

e agir, só assim poderemos identificar os problemas pôr ele sentido, com base no significado que ele atribui aos fatos (STEFANELLI, 1993).

Segundo Taylor (1992) “o enfermeiro possui uma ferramenta que sozinha pode ter mais influência sobre o cliente do que qualquer medicamento ou terapia: ele mesmo” (TAYLOR, 1992).

Para que essa ferramenta seja utilizada, o profissional precisa fazer uma auto-análise que constitui um aspecto essencial para que o mesmo seja capaz de fornecer os cuidados de enfermagem terapêutica. (TAYLOR, 1992).

Essa auto-análise do profissional deve ser da sua: autoconsciência, do esclarecimento de seus valores, da exploração de seus sentimentos, da sua capacidade de servir como exemplo, do seu senso de ética e responsabilidade. (TAYLOR, 1992).

Segundo Kantorski et al (2005) as tendências atuais das práticas terapêuticas centradas na pessoa, ressalta o relacionamento terapêutico e na comunicação terapêutica.

O relacionamento terapêutico configura-se como uma possibilidade de se resgatar a enfermagem enquanto profissão que se preocupa com o ser humano em sua complexidade, em que o saber fazer é preconizado e direcionado ao respeito das limitações, potencialidades, necessidades e relações interpessoais dos pacientes (KANTORSKI et al, 2005).

A enfermagem lida com a dor e o sofrimento do ser humano desde que se conhece como enfermagem. É inerente a profissão o cuidado prestado ao indivíduo e a sua família de maneira a garantir-lhes boas condições de saúde física e mental e permitir o auto-descobrimto de mecanismos de enfrentamento das adversidades, da dor e do sofrimento que determinadas ocasiões se impõe (KANTORSKI et al, 2005).

Sofrer vai além do saber e do plano físico. Ela se caracteriza como uma junção de vertentes éticas, morais, religiosas, psicológicas, sociais, e culturais. O sofrimento é mais que uma simples ameaça à integridade biológica, mas também a sua integridade como homem, como sujeito de ação, de reação, e que possui necessidades próprias específicas, que precisa de atenção e cuidado solidário (KANTORSKI et al, 2005).

Ainda para os mesmos autores o sofrimento psíquico é um processo subjetivo, social, além de cultural, e suas dimensões atingem não só aquele que

sofre, mas também a quem rodeiam. É uma condição em que a pessoa pode não interagir com a realidade objetiva dos demais, tornar-se enfraquecido e, até mesmo, questionar o sentido da própria vida.

A psiquiatria preventiva foi um desses movimentos que se encarregou de centrar suas atenções no cliente e não em sua doença, e a enfermagem próxima, desde seu surgimento enquanto profissão acompanha essas mudanças e redimensiona suas finalidades terapêuticas (KANTORSKI et al, 2005).

3.2. Enfermagem e Loucura

*“Se você treme de indignação perante uma
injustiça no mundo, então somos
companheiros”.*
(CHE GUEVARA)

Desde o início da minha profissão como enfermeira nos diversos locais e setores que trabalhei, durante o contacto com pacientes psiquiátricos, assumindo certo grau de envolvimento, muito me angustiava a situação de vida de muitos pacientes, onde ocorre a incompreensão do ser louco e da loucura, o preconceito e a discriminação, muitas vezes começando pela própria família.

Refletindo sobre essa incompreensão a dúvida foi questionar com a equipe de enfermagem que atende o doente mental em crise qual a sua concepção sobre a loucura e o ser louco e quais seus sentimentos durante esse atendimento.

A enfermagem é responsável pela assistência ao doente mental durante sua permanência do setor (HUMEREZ, 1988).

Segundo Almeida (1986) ao estudarmos o saber da enfermagem chegamos à conclusão que o objetivo da enfermagem é “Cuidar do outro”, e que o plano de assistência da enfermagem visa “Atender as necessidades básicas do outro”.

Segundo Irving (1978), os doentes mentais possuem necessidades humanas básicas, individuais e especiais e é função da equipe de enfermagem é satisfazer a essas necessidades.

Caplan (1980) afirma que toda a assistência de enfermagem fornecida ao doente mental depende muito da concepção do funcionário sobre a doença mental.

Thiollent (1982) afirma que muitas das atitudes da equipe de enfermagem estão relacionadas às suas crenças culturais, ideológicas e teóricas.

Portanto, interpretar a realidade frente à loucura vai nos ajudar a entender as ações e atitudes da equipe de enfermagem durante o atendimento ao doente mental.

Cada indivíduo tem a sua concepção sobre a loucura e o ser louco, dependendo de sua experiência de vida, seus juízos, seus valores e crenças, pois são conceitos abstratos que determinam muitas concepções (HUMEREZ, 1988).

Conhecer a forma de “pensar, sentir e agir” da equipe de enfermagem nos dará uma conscientização das suas ações, e uma procura de subsídios para que em ações futuras ocorra uma melhor eficiência da equipe de enfermagem (HUMEREZ, 1988).

3.3. Evolução Histórica da Psiquiatria

*“Arrancaram os cadarços dos seus sapatos,
tuas facas, tuas casas, teus jardins.
E como não bastava, perseguiram-te,
acossaram-te: sobre tuas mãos, sobre teus pés,
teus olhos, repousaram em busca do absurdo.
E não foi bastante: fecharam-te portas sucessivas,
e ainda isso não bastou, tomavas demasiado espaço,
ouviam-te a voz, ouviam-te os passos.
Vieram por trás, atacaram-te,
cobriram teu corpo do pano do falso sono.
Mas não bastava ainda, lançaram sobre ti a sombra
e os muros que te haviam deixado.
Teriam desejado murar-te os gritos,
os olhos, teriam desejado que desaparecesses”.*
(ANDRE HENRY)

A Psiquiatria surgiu na Revolução Burguesa na França, com Philippe Pinel. O seu gesto em 1793, em romper os grilhões e as outras formas de contenção dos loucos de La Salpêtrière e das loucas de La Bicêtre foi considerado um gesto digno, humanístico e heróico, (HUMEREZ, 1988).

Segundo Serrano (1984), passado quase dois séculos, o hospital psiquiátrico é usado em sua grande maioria para isolar o doente mental da sociedade e vigiar os seus passos, afim de que o mesmo não provoque perigo a si e aos outros.

A história das práticas psiquiátricas assistenciais muitas vezes se confunde com a prática da repressão, e da violência de determinados setores da sociedade contra os doentes mentais. (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1997).

Portanto ainda não se romperam “os verdadeiros grilhões” das antigas práticas assistenciais ao doente mental, mas parece sim ter se estreitado em torno dos doentes mentais (FOUCAULT, 1978).

O confinamento, a submissão, o isolamento e a falta de privacidade são formas de exclusão social e não de condutas terapêuticas. O ser louco sempre existiu na história, mas passou a ser doente quando a psiquiatria transformou-se em ciência e prática médica (HUMEREZ, 1988).

Segundo Humerez (1988) existem muitas opiniões sobre a loucura buscamos abordar algumas concepções teóricas da loucura e do ser louco a seguir:

- Conceção mágico-religiosa: o ser possesso.
- Conceção organicista: o ser doente do cérebro.
- Conceção psicodinâmica: o ser doente da mente, do comportamento e do relacionamento.
- Conceção social: o ser louco como “bode expiatório”; porta voz do grupo social.
- Conceção com base na toxicomania: o ser louco dependente químico.

3.3.1. Conceção Mágico – Religiosa da Psiquiatria: o ser possesso.

*“E é aqui que surge a religião, teia de símbolos,
rede de desejos, confissão de espera,
horizonte dos horizontes,
a mais fantástica e pretensiosa
tentativa de transsubstanciar a natureza”.*
(RUBEM ALVES)

Segundo Alexander, Selesnick (1980), o homem primitivo atribuía à causa das doenças mentais as influências sagradas, e a assistência se fazia com rituais mágico-religiosas, magia ou feitiçaria.

Os rituais tribais tinham um objetivo de alterar o comportamento e se este método não funcionasse, os indivíduos eram deixados para morrer de inanição, ou ser atacados por feras (ROLIM, 1993).

O curador de doenças reunia funções de sacerdote, feiticeiro, cirurgião, enfermeiro, botânico, artista e médico (REZENDE, 1986).

As crenças primitivas relativas aos distúrbios mentais assumiram muitas e diversas formas. Alguns achavam que um indivíduo com doença mental havia perdido a sua alma e que só ficaria bem se a sua alma retornasse (TOWNSEND, 2002).

Muitos transtornos psiquiátricos eram considerados causas sobrenaturais e os pacientes eram tratados através da cura religiosa (GELDER et al, 2006).

As causas das doenças mentais eram formuladas em torno do pecado e do mal, nessa época muitos doentes foram perseguidos pela sociedade devido a bruxarias (GELDER et al, 2006).

A correlação da doença mental com a demonologia ou a feitiçaria fez com que alguns doentes mentais fossem queimados vivos nas fogueiras. A cura desses doentes envolvia alguns rituais de exorcismo, para livrar o corpo do doente mental das forças do mal (TOWNSEND, 2002).

Acreditava-se também que pessoas com perturbações emocionais estavam possuídas pelo demônio ou por maus espíritos, então, os doentes eram tratados de acordo com essa visão, eles eram espancados, chicoteados, mergulhados em líquidos frios e ferventes, tudo na esperança de “expulsar o diabo de dentro delas” (ANTHIKAD, 2005).

A cura desses doentes envolvia alguns rituais de exorcismo, para livrar o corpo do doente mental das forças do mal. Muitos doentes mentais graves eram colocados em barcos à vela, sem orientação, para ir buscar sua alma e racionalidade perdida. Essa operação era considerada como “nau dos insensatos” (TOWNSEND, 2002).

O advento do cristianismo, com vários adeptos, estabeleceu um novo quadro de assistência ao doente mental, pois eles tinham um grande respeito pelos loucos. Os diáconos que exerciam a enfermagem davam conselhos de como cuidar do corpo e da alma e salvar as almas (HUMEREZ, 1988)

Em 1852 D. Pedro II inaugurou o primeiro Hospital Psiquiátrico Brasileiro no Rio de Janeiro “Hospício D. Pedro II” que foi o marco da psiquiatria brasileira (KALKMAN, 1980).

Os princípios da enfermagem eram baseados na limpeza das enfermarias e higiene pessoal, sono, repouso e boa alimentação, etc. (ROLIM, 1993).

O valor da enfermeira só passou a ser reconhecido quando o diretor do hospital passou a contratar pessoal para a limpeza, isso permitiu que a enfermeira voltasse o seu tempo para cuidar das necessidades físicas do seu paciente, pois na época a enfermeira não tinha conhecimentos psicológicos (KALKMAN, 1980).

E em 1898 surge o hospício Juqueri, com pavilhões isolados cercado por áreas ajardinadas, nos quais penetravam luz e ar. (ROCHA, 1912).

Nesta sociedade, pensar diferente da recomendação da igreja era cometer pecado e crime e se expor às punições espirituais e corporais (HUMEREZ, 1988).

As religiões independentes das suas fronteiras estabelecem esforços para determinar que a vida tenha sentido. Quando se esgotam os recursos técnicos científicos e a dor parece não ter alívio, há a busca para mais um recurso – a magia ou a religião por meio do sacerdote, rezas, novenas, exorcismo, e outros (HUMEREZ, 1988).

3.3.2. Concepção Organicista da Psiquiatria: o ser doente do cérebro.

*“Os homens deviam saber que do cérebro
e só do cérebro vem nossos prazeres,
alegrias, risos e gracejos,
assim como nossas tristezas, dores,
pesares e lágrimas...
em razão do que, afirmo que o cérebro
é o intérprete da consciência”.*
(HIPÓCRATES 469 – 377 a. C).

Hipócrates considerava o cérebro como o órgão mais importante do homem, com ele em 400 a.C. surgiu o movimento da descrença no sobrenatural, associaram-se a insanidade e a doença mental a uma irregularidade na interação dos quatro líquidos corporais sangue, bile negra, bile amarela e fleimão, sendo que nesse período o doente era tratado pela indução de vômitos e diarréias com potentes drogas catárticas (TOWNSEND, 2002).

A melancolia era atribuída a um excesso de bile negra, e a condição do indivíduo de febre aguda com confusão mental era considerada devido ao excesso de bile amarela (GELDER et al, 2006).

Nos séculos XVI e XVII ainda não havia instituições para os doentes mentais na América do Norte, então o cuidado desses doentes ficava sobre a responsabilidade da família, porém muitos doentes não tinham família ou outro recurso qualquer, então esses ficaram sobre a responsabilidade da comunidade em que viviam. Nessa época os doentes eram encarcerados para que não causassem danos a si mesmo e as outras pessoas (TOWNSEND, 2002).

O isolamento, o aprisionamento, a desapropriação de bens e direitos são algumas das práticas freqüentes nessa época (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1997).

Os doentes violentos eram colocados em alas e masmorras e os considerados de menor gravidade tinha a possibilidade de sair à rua e dormir em suas casas (ROLIM, 1993).

As casas destinadas ao tratamento do doente mental na época tinham condições deploráveis, os doentes eram vestidos com roupas sujas e rasgadas, dormiam no chão em cima de palhas, para prendê-los em sua cela era utilizado colar de ferro, cintos e tornozeleiras (MANFREDA; KRAMPITZ, 1977).

Em meados do século XX, Alexander Fleming descobre a penicilina, assim uma psicose é demonstrada como patologia orgânica é o triunfo do organicismo (HUMEREZ, 1988).

Começou então a existir muitas internações compulsórias de pacientes involuntários, o uso de psicofármacos contra a sua vontade, e muita violência utilizada nas restrições físicas (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1997).

A psicofarmacologia veio para acalmar os conflitos internos do homem por meios químicos, porém muitas medicações psiquiátricas provocam uma série de outros sintomas e não possibilitam ao paciente o retorno a sua vida produtiva (HUMEREZ, 1988).

Nos séculos XVII e XVIII, a doença mental começou a ser reconhecida mais cientificamente, apesar de ainda ser uma batalha incessante entre Deus e Satã pela posse da alma humana. Os médicos passaram a se interessar pelos transtornos mentais (GELDER et al, 2006).

Mas ainda nesse século a sociedade se preocupava com sua segurança e não com o tratamento do doente mental. Criminosos eram trancafiados em asilos de doentes mentais, tornando o asilo uma prisão. Os asilos porém eram iguais a campo de concentração, nos quais os infelizes eram internados viviam e morriam na sujeira e crueldade (ROLIM, 1993).

O médico inglês Thomas Willis definiu a melancolia como as paixões do coração, e a loucura (doença que apresenta alucinações, delírios e alteração do pensamento) como um defeito do cérebro, mas esse defeito não era uma lesão estrutural, mas sim uma anormalidade funcional (GELDER et al, 2006).

As técnicas terapêuticas da época eram: a cadeira giratória, a imersão forçada, as compressas geladas, as sangrias até os purgativos. Após surgem os tratamentos somáticos como: a sonoterapia, o choque insulínico, a terapia do choque cardiazol, a psicocirurgia, a eletroconvulsoterapia. (HUMEREZ, 1988).

Por volta de 1930 com as terapias somáticas como a sonoterapia, insulinoaterapia, terapia pelo Cardiazol, eletroconvulsoterapia, psicocirurgia, a enfermagem foi imprescindível, pois com suas habilidades acompanhavam os psiquiatras durante as intervenções (KALKMAN, 1980).

Com as terapias somáticas, houve uma mudança de uma enfermagem que estava sobrecarregada com muitos pacientes incuráveis, com comportamento psicótico para cuidar, o que impedia o cuidado individualizado para uma enfermagem onde a mesma se especializou nas terapias somáticas e nas técnicas psicoterápicas usadas pelos psiquiatras. (ROLIM, 1993).

Com Philippe Pinel, médico francês, considerado o pai da psiquiatria moderna, surgiu uma nova filosofia social e política da doença mental, o mesmo

ênfatiou a necessidade de tratar os doentes mentais que estavam internados como seres humanos e não como animais perigosos. Suas idéias humanas e progressistas tiveram uma grande importância no tratamento dos doentes mentais (ANTHIKAD, 2005).

3.3.3. Concepção Psicodinâmica da Psiquiatria: o ser doente da mente, do comportamento e do relacionamento.

*“Poder-se-ia definir o sonho
como uma breve loucura
e a loucura,
como um longo sonho”.*
(SIGMUND FREUD)

As descobertas de Freud representaram um grande manancial à psiquiatria. No século XIX na Áustria um neurologista Sigmund Freud, propôs que as causas das doenças mentais eram psicológicas, mas ocultas ao paciente por estarem na parte inconsciente da mente (GELDER et al, 2006).

Freud deu origem à “Teoria Psicanalítica”, onde as causas eram conseguidas durante o tratamento psicanalítico que estudavam a respeito aos sonhos, fantasias, pensamentos e memórias de infância do paciente (GELDER et al, 2006).

O pensamento analítico surgiu com a hipnose associado à hidroterapia e ao repouso. A psicanálise surgiu com o intuito de tentar entender os processos mentais normais e os transtornos psiquiátricos (GELDER et al, 2006).

Quando a psicanálise tornou-se predominante no tratamento à enfermeira então precisou tomar conhecimento dela, tornando-se parte da equipe interdisciplinar (ROLIM, 1993).

A história psicológica do paciente constitui-se de um conjunto de condutas significativas, elas se tornam um mecanismo de defesa quando ocorre ambivalência das contradições afetivas (HUMEREZ, 1988).

A enfermagem da saúde mental e psiquiatria direcionam o seu conhecimento ao estudo do relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente (HUMEREZ, 1988).

Em 1952 Peplau elaborou uma teoria sistemática de enfermagem baseada na relação enfermeiro/paciente (HUMEREZ, 1988). Segundo Peplau as habilidades, atividades e o papel da enfermeira psiquiatra é o de psicoterapeuta e identifica sub - papéis como:

- Mãe substituta.
- Educadora.
- Administradora.
- Socializadora.
- Técnica.

3.3.4. Concepção Social da loucura: o ser louco.

*“Este é um discurso aberto às contradições,
contradições que não sei resolver,
porque como homem, deveria castrar-me,
como médico, deveria entregar o diploma,
mas é como homem que digo:
“Quero viver essa contradição
porque a minha liberdade
só se faz aceitando a contestação do doente,
da mulher e da criança e sobretudo,
encontrar agentes revolucionários
que desejam mudar e com os quais se possa,
verdadeiramente, mudar nossa existência.
E, mudar a existência significa
mudar o manicômio, mudar a família
e mudar as instituições”.*
(FRANCO BASAGLIA)

Segundo estudos realizados por Kaplan em 1980 a doença mental esta intimamente ligada às vivências do seu meio social, isto é a resposta do indivíduo ao meio em que vive (HUMEREZ, 1988).

Ainda no século XVII, o clérigo Robert Burton escreveu um trabalho denominado “The anatomy of melancholy”, onde descreveu que as causas da melancolia eram psicológicas e sociais como pobreza, medo e solidão, etc. (GELDER et al, 2006).

No século XIX o médico psiquiatra francês Morel, lançou a “teoria da degeneração”, onde ele fala que a doença mental era transmitida hereditariamente,

e que também as influências que aconteciam no meio ambiente como uso de álcool ou drogas, más condições de vida, poderiam alterar o indivíduo fisicamente e este poderia transmitir isso a gerações futuras. E, ainda propôs que em consequência desses vários efeitos ambientais sobre esse indivíduo a doença se agravava de geração em geração (GELDER et al, 2006).

Nessa época ainda era sugerido que os transtornos mentais ainda não se diferenciavam pelo tipo, mas sim pela gravidade da doença. Surgiu então o movimento da “Eugenia” onde os doentes mentais deveriam ser isolados da sociedade para impedir que se reproduzissem. (GELDER et al, 2006).

Em 1930 Dr. Harry Stack Sullivan, reconhece que: a cultura individual de cada um, e suas influências sociais, são importantes para o desenvolvimento da personalidade e sua relação com a doença mental. O mesmo autor fala também da importância do ambiente terapêutico e da abordagem multidisciplinar que é importante até hoje (MANFREDA; KRAMPITZ, 1977).

A teoria psicanalista, interpessoal e da comunicação foram as que mais influenciaram a enfermagem, pois foram aplicadas no relacionamento enfermeira-paciente, psicoterapias de grupo da enfermagem, aspectos psicológicos da enfermagem em geral, terapia familiar, enfermagem comunitária e em saúde mental (KALKMAN, 1980).

Em 1946 surgiu a Lei Nacional para a Saúde Mental que proporcionou fundos de pesquisa e programas para o tratamento da saúde mental. Em 1968 é criada a Coordenadoria de Saúde Mental e em 1974 o Ministério da Saúde funda o Plano PISAM (Plano Integrado de Saúde Mental) com o objetivo de promover a saúde mental (ROLIM, 1993).

Em 1982/1983 a Coordenadoria de Saúde Mental publica a proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios de saúde mental (ROLIM, 1993).

Segundo Rolim (1993), essa proposta incluía;

- Desospitalização dos pacientes.
- Atendimentos extra-hospitalares com familiares.
- Inserção do doente mental na sociedade.
- Atendimento ao indivíduo biopsicossocial e espiritual.

- Valorização das atividades terapêuticas grupais com o paciente, familiar e terapeuta.
- Organização da assistência:
 - Atenção básica: unidades básicas.
 - Atenção secundária: ambulatório e hospitais dias.
 - Atenção terciária: emergência psiquiátrica e hospitais gerais.

Em 1º de agosto de 1973 o Secretario de Saúde do Estado autorizou o funcionamento de um serviço de emergência psiquiátrica, em um prédio cedido pela promoção social, desencadeando aí a organização desse serviço em outros hospitais (ROLIM, 1993).

A influência da enfermagem psiquiátrica de todo o país é sentida até os nossos dias de hoje, vislumbra-se uma consciência científica, porém o atendimento ao doente mental é de acordo com a política de saúde adotada (ROLIM, 1993).

A política de saúde mental inadequada adotada gera fatores como falta de funcionários especializados, quantidade insuficiente de profissionais, atuação hospitalar ainda muito predominante, preconceito a doença mental, falta de condições ambientais para fornecer um bom cuidado de enfermagem, más condições de trabalho, demora de resultados bons no tratamento, isso faz com que os pacientes e familiares e outros profissionais não reconheçam o trabalho da enfermagem (ROLIM, 1993).

3.3.5. Concepção com base na Toxicomania: o ser louco, dependente químico

*“Há, em todas as épocas,
os que se entregam à tristeza...
os que se embriagam.
Com vinho, com mulher,
com amor, com vida, com o que seja,
contanto que se embriaguem,
para não sofrer o amargo da existência”.*
(AMARAL VIEIRA)

Desde sua origem o homem utiliza substância química encontrada nas plantas e animais, extraídas ou transformadas, para conseguir alterar o seu humor, comportamento, sua mente, suas sensações e percepções (HUMEREZ, 1988).

Graeff (1984) define a toxicomania como o uso indiscriminado com a auto-administração de uma substância que se desvia dos padrões sócios culturais, aceitos por uma determinada sociedade.

A dependência é uma doença crônica, igual hipertensão ou diabetes, que acompanha o indivíduo pela vida toda. A dependência de substâncias psicoativas apresenta uma variedade de sintomas e causam grandes prejuízos e comprometimentos ao indivíduo consumidor (LEITE, 2000)

O indivíduo é considerado psicologicamente dependente de uma droga quando seu uso é percebido pelo usuário como sendo necessário à manutenção de um estado ótimo de bem estar pessoal, das suas relações interpessoais ou para um desempenho de seu trabalho (TOWNSEND, 2002).

O uso abusivo de determinada substância ou a dependência é universalmente considerado doença e codificado entre as doenças mentais (HUMEREZ, 1988).

O ser dependente não suporta as tensões ocorridas no nosso dia a dia, por isso é marginalizado em nossa sociedade (HUMEREZ, 1988).

Segundo Townsend (2002), o indivíduo que apresenta um padrão de dependência, tem os seus comportamentos crenças e sentimentos ensinados por outras pessoas, com descuido de si próprio, sem uma identidade pessoal, são pessoas que tem muita dor em sua vida.

É muito comum o dependente químico apresentar uma comorbidade psiquiátrica, isso devido muitas vezes ao uso prolongado e contínuo da droga sem tratamento, e além da comorbidade psiquiátrica o paciente pode também desenvolver comorbidade clínica como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (JERALD, 2002).

Normalmente a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é desenvolvida devido ao uso inadequado de seringas e agulhas, e a relações sexuais sem o uso de preservativo, comportamento típico do indivíduo que usa droga e é dependente químico. É onde a droga controla a vida do indivíduo.

A dependência é um transtorno psiquiátrico, embora abranja áreas de funcionamento que não são circunscritas à medicina como a social, psicológica, legal, etc. (LEITE, 2000).

O profissional da enfermagem deve prestar muita atenção ao controle das medicações de seu paciente, visto que o mesmo apresenta riscos de abuso de substâncias (JERALD, 2002).

A comorbidade psiquiátrica e a comorbidade clínica deste paciente deve ser tratada individualmente e de acordo com as suas necessidades.

Agindo assim o profissional vai tratar do seu paciente com dignidade e respeito.

3.3.6. Concepção geral

Diante de tantas concepções é impossível dizer o que é a loucura, mas sim saber que os profissionais manifestam em suas ações, as suas crenças, valores, o seu saber científico e a proposta da instituição em que trabalha (HUMEREZ, 1988).

Assim, os conceitos da loucura estão relacionados com a assistência prestada, muitas ações contam a história da loucura, crenças ou práticas religiosas transformam a assistência em uma visão mágico-religiosa, a formação técnico-científica do profissional leva a concepção organicista e a concepção social são reconhecidas durante o âmbito sócio-político das instituições (HUMEREZ, 1988).

3.4. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**

A Reforma Psiquiátrica é considerada um processo muito complexo político e social, ela incidiu em vários territórios do Brasil, e nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades e escolas, nos serviços de saúde como hospitais e ambulatórios, nos conselhos profissionais, nas associações de bairro das pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, etc. (BRASIL, 2005).

No século XIX, iniciou-se a urbanização das cidades, as epidemias da época, atrapalhavam os interesses políticos e financeiros dos grandes latifundiários do café e do comércio exportador, assim iniciou-se o “saneamento” que interditava o livre trânsito dos mendigos, doentes, vadios e loucos, então surgiu à primeira instituição

psiquiátrica do Brasil -1852- “Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro” (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

A psiquiatria do século XIX era de recolher e excluir, no século seguinte XX, além da remoção e exclusão, havia uma indicação clínica, o tratamento moral (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

A Reforma Psiquiátrica, na época do “movimento sanitário”, um movimento onde ocorria uma “violência asilar com o ser humano”, e surgiu para que houvesse uma mudança do modelo de atenção à saúde que era existente na época, para um processo onde todos os movimentos sociais existentes se esforçavam pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, que não eram reconhecidos (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica provocou muitas transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais e também muitos impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Em 1978, no início da Reforma Psiquiátrica, o MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental) denunciou a violência que ocorria nos manicômios, fazendo muitas críticas ao modelo hospitalocêntrico existente na época (BRASIL, 2005).

A partir desse fato, vários movimentos surgiram propondo nova assistência ao doente mental, mais humanizada e pedindo a desinstitucionalização dos doentes mentais, onde um novo foco é visualizado, que é o modo de viver e sentir o sofrimento do doente mental (MELLO, 2005).

Na década de 70, com a crise econômica deflagrada, muitas funções do Estado foram devolvidas a família, deixando a família sobrecarregada, surgindo então à Reforma Psiquiátrica, que é um movimento pelos direitos dos doentes mentais (MELLO, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é uma proposta social, para o restabelecimento de medidas do processo democrático, com mudanças nas políticas sociais, em resposta a crise existente na época, incluindo aí a política de saúde mental (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Esses movimentos sociais sempre entram em cena quando ocorre um estreitamento dos limites de espaço já conquistados pelos trabalhadores (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

A política de saúde mental surgiu para oferecer subsídios para que os familiares exerçam suas funções e responsabilidades com o doente mental (MELLO, 2005).

Para que a Reforma Psiquiátrica ocorra de forma efetiva, a família tem que ser vista como o agente transformador, porém ela precisa de apoio do estado, e dos profissionais da saúde (MELLO, 2005).

Ao longo da História da Humanidade, várias atribuições foram delegadas as famílias do doente mental. A família era ponto chave, o cuidado ao doente mental era competência da família (MELLO, 2005).

Porém, a partir do século XVIII com o surgimento de Phillippe Pinel e o nascimento da psiquiatria o isolamento ao doente mental e o de sua família passou a ser fundamental, era considerado tratamento, isso devido à indisciplina e a desordem moral (MELLO, 2005).

A família era vista como propiciadora da desordem na vida do paciente, então o estado assume o doente mental, mas impõe barreiras permitindo um contacto mínimo entre o doente mental e as famílias, então se rompem os vínculos familiares e é implantado a hospitalização prolongada e o isolamento do doente mental (MELLO, 2005).

O surgimento do capitalismo no Brasil permitiu que a medicina se apropriasse da loucura e definiu a loucura como doença, referindo que a loucura era um processo orgânico que se efetiva a partir de distúrbios fisiológicos e designou o asilo como o local de tratamento dos doentes mentais. Tomou como objeto a doença e como objetivo a sua cura, todavia não esta conseguindo obter a cura (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Durante o fenômeno da globalização, o modelo econômico foi transformado de capitalista tradicional para um modelo onde o estado passa a ser o agente regulador do mercado, promovendo investimentos sociais (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

A preocupação do Estado com a saúde pública se acentua, então surgiram normas e medidas estatais e começaram a ser esboçadas para enfrentar as epidemias e a loucura, o modelo da intervenção seguida pelo estado era marcado pela centralização, autoritarismo, clientelismo, e populismo, próprios de um estado oligárquico, que aproveita para com seus aparelhos institucionais manter a concentração do poder e exclusão das classes populares (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

A psiquiatria demorou em ser reconhecida nas práticas médicas, em virtude da ineficácia dos seus tratamentos; da situação deplorável dos seus hospitais; por não possuir até o momento medicação específica, os neurolépticos só começaram a surgir em 1955 (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

A partir de então os hospitais permaneciam superlotados, com maus tratamentos aos pacientes, a função social do hospital era excluir sobras humanas. Porém, a globalização trouxe consequências, os direitos sociais tendem a desaparecer, como a saúde que se converteu em serviço privado regulado pelo mercado, como uma mercadoria, e só compra quem tem recurso financeiro (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Com a Reforma Psiquiátrica apareceram novas formas de atendimento ao doente mental, e uma delas é a assistência do paciente em hospital Geral (MELLO, 2005).

Com isso a emergência psiquiátrica passou a assumir novas responsabilidades, além de triagem e encaminhamento do doente mental, mas sim a de estabilização da crise e a introdução de um tratamento que fique definitivo, prevenindo assim a cronificação da doença (DEL-BEM; MARQUES; SPONHOLZ; ZUARDI, 1999).

Devido à política de Saúde Mental da desinstitucionalização, houve um aumento da demanda dos serviços de emergência psiquiátrica, indivíduos com transtornos psicóticos graves que não estão mais internados, procuram sempre que precisam o serviço de emergência, às vezes por descompensação do quadro da doença, às vezes por uso incorreto da medicação, às vezes por serviços sociais ineficientes que não dão apoio ao doente mental e principalmente por falhas dos serviços de saúde mental (DEL-BEM; MARQUES; SPONHOLZ; ZUARDI, 1999).

O atendimento do paciente psiquiátrico na emergência geral, também ocorre por falta de informações dos familiares que buscam atendimento psiquiátrico ao doente em locais mais próximos e onde não há atendimento de psiquiatria.

Muitos familiares não são orientados que nos Prontos Socorros não apresentam condições de atender o paciente biopsicossocial e espiritual, devido:

- Falta de treinamento do pessoal existente.
- Número insuficiente de psiquiatras.
- Excesso de pacientes.
- Ambiente inadequado.

A estrutura do Pronto Socorro só é positiva para o doente mental quando o atendimento é humanizado, com tentativas de evitar a discriminação e a institucionalização da doença, e tem uma assistência associada a outras clínicas, e com respeito aos direitos do doente mental (MACHADO; CABRAL, 1997).

No Pronto Socorro os pacientes devem ser avaliados e encaminhados, mas isso deve ser com critério de acordo com as suas necessidades, podem ser encaminhados para enfermarias, ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou outros hospitais da região (MELLO, 2005).

A proposta do Pronto Socorro é evitar internações desnecessárias em hospitais psiquiátricos fechados. A observação do Pronto Socorro Geral tem características assistenciais, isso explica a existência de grande número de pacientes alcoólatras (MACHADO; CABRAL, 1997).

Em 1987, surgiram no Brasil os Centros de Atenção Psicossocial na cidade de São Paulo, e em Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas (BRASIL, 2005).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher o doente mental, estimular a sua sociabilização, fortalecer os vínculos familiares, oferecer atendimento médico, de enfermagem, terapias ocupacionais, atendimento psicológico, integrá-lo em seu ambiente social, familiar, ocupacional e cultural, e auxiliá-lo em busca da autonomia e valorização pessoal (BRASIL, 2004).

Em 1989, deu entrada no Congresso um Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que regulamentava os direitos dos pacientes psiquiátricos e pedia a extinção progressiva dos manicômios no país (BRASIL, 2005).

Essa LEI DE 1989 que foi chamada ANTIMANICOMIAL no seu artigo 2º estabelece que deva existir uma assistência psiquiátrica ao doente mental em um hospital Geral, integrando o paciente a sociedade (MACHADO; CABRAL, 1997).

Em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde, uma rede de ações e serviços públicos de saúde, regionalizada, hierarquizada, e organizada em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera do governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2005).

A década de 90 foi muito importante, pois o Brasil firmou compromisso através da assinatura da “Declaração de Caracas” e pela realização da “II Conferência Nacional de Saúde Mental”, onde normas federais regulamentam os novos serviços de atenção diária e também fiscalizam e classificam os hospitais psiquiátricos, ocorreram nessa época uma expansão dos CAPS e NAPS pelo Brasil (BRASIL, 2005).

Em 2001, com a III Conferência Nacional de Saúde Mental houve uma consolidação da Reforma Psiquiátrica como política oficial do Sistema Único de Saúde, e foi sancionada a Lei Paulo Delgado, que foi modificada se transformando em Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que redimensionou o atendimento a saúde mental, protegendo os doentes mentais, porém não deixa claro sobre a extinção dos manicômios (BRASIL, 2005).

A Lei Federal nº 10.216 também inclui a família na assistência ao portador do doente mental e ela deixa clara a obrigação do estado de promover ações que previnam doenças e promovam saúde (MELLO, 2005).

Foi proposto então pelo Ministério da Saúde, o programa “De Volta Pra Casa” que era um programa para a desinstitucionalização de doentes mentais longamente internados, e onde também foi traçado uma política para a questão do álcool e drogas, onde foi incorporada a estratégia da Redução de Danos (BRASIL, 2005).

Muitas pessoas estão sendo beneficiadas, pois esse programa favorece a reinserção social do doente mental a sociedade, esse programa também protege os direitos das pessoas portadoras de doença mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, isto é determina que os pacientes a longo tempo hospitalizado e que tem como característica a dependência a instituição, seja objeto de alta planejada com reabilitação assistida (BRASIL, 2005).

Outro objetivo do programa é incentivar a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais, que seja capaz de assegurar ao paciente o seu bem estar físico e mental, que facilite o seu convívio na sociedade e estímulo o exercício de seus direitos civis, políticos e cidadania (BRASIL, 2005).

O longo e secular processo de exclusão e isolamento desses pacientes e o modo de funcionamento das instituições na época causam muitas vezes uma ausência de condições mínimas necessárias para o exercício da cidadania, a grande maioria dos pacientes não tinha documentação pessoal mínima para o cadastramento ao Programa de Volta Para Casa (BRASIL, 2005).

Com o processo de desinstitucionalização esperam-se transformações culturais e subjetivas na sociedade e este processo depende sempre da união do governo federal, estadual e municipal (BRASIL, 2005).

Em 2002, foi instituído o PNASH/PSIQUIATRIA (Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria) que avalia a qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos e também indica aos prestadores critérios para que haja uma assistência compatível com as normas do Sistema Único de Saúde e também descredencia as instituições e os hospitais sem nenhuma qualidade no atendimento (BRASIL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), atualmente, encontram-se presentes 2 movimentos:

- Um em construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação e medicação;
- E outro para a fiscalização e a redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos.

Em 2004, foi instituído o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no Sistema Único de Saúde (PRH), que promove a redução progressiva dos leitos hospitalares a partir dos macro-hospitais (acima de 600 leitos), com ações que evitam a desassistência, e garantem uma transição segura. (BRASIL, 2005).

Foi onde os hospitais recebiam incentivos fiscais para reduzir seus leitos e aderir aos programas, ocorrendo então uma qualificação do atendimento pela psiquiatria no SUS. (BRASIL, 2005).

A consolidação de uma rede comunitária de cuidados que garante uma resolutividade, promove a autonomia e a cidadania aos doentes mentais é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é um importante documento que assegura os direitos de cidadania a crianças e jovens e esse estatuto promoveu a conquista dos direitos humanos infantis e adolescentes e a partir de 2003 foi importante a criação do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes que buscou seguir as orientações da ECA. O Fórum divulgou as primeiras diretrizes para o processo de desinstitucionalização de crianças e jovens em território Nacional (BRASIL, 2005).

Um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica é o trabalho como instrumento de inclusão social dos usuários dos serviços. Em muitos serviços da rede existem cooperativas, associações e oficinas de geração de renda, mas são frágeis à sustentação institucional e financeira (BRASIL, 2005).

A economia solidária é um movimento de luta contra a exclusão social e econômica, e surge como parceiro a discussão da exclusão dos doentes mentais do mercado de trabalho. Em 2004, esses movimentos começaram a se encontrar, a se reconhecer e a dialogar (BRASIL, 2005).

A economia solidária é hoje uma política oficial do Ministério do Trabalho e Emprego e é um movimento organizado que combate à exclusão por gênero, raça, idade, estilo de vida, instrução, entre outros fatores (BRASIL, 2005).

Em 2005, com a criação de um grupo de trabalho composto pelo Ministério da Saúde e do Trabalho e Emprego, gestores do SUS, representantes da iniciativa de geração de rendas e representantes dos usuários, passaram pela primeira vez a receber recursos federais que possibilitaram uma discussão em torno da saúde mental, da economia solidária, da convivência e cultura que vêm desempenhando um papel estratégico na inclusão social oferecendo espaço de sociabilização, produção cultural e intervenção na cidade (BRASIL, 2005).

A participação da família no tratamento é muito importante, existem associações de usuários e familiares, que tem conseguido lutar pelos direitos dos doentes mentais, por uma sociedade sem manicômios, apoiando-se mutuamente e provocando mudanças nas políticas públicas (BRASIL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde – Brasil (2005) os principais desafios do SUS e da Reforma Psiquiátrica são:

- A acessibilidade e equidade,
- A formação de recursos humanos com formação técnica e teórica dos trabalhadores, que muitas vezes são desmotivados por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho.

O processo da Reforma Psiquiátrica, atualmente ainda provoca muitos debates e através deles consegue alguns avanços no combate ao estigma, promovendo a inclusão social através dos CAPS, residências terapêuticas, projetos de geração de renda e atividades culturais como teatro, música, artes plásticas, literatura, etc. (BRASIL, 2005).

Nos meios científicos como nas universidades, escolas, hospitais psiquiátricos, congressos científicos, fórum, e eventos o debate sempre foi sobre a mudança do modelo assistencial, e sobre as concepções da loucura, sofrimento mental e métodos terapêuticos. Aos poucos a política pública começa a perceber o valor do ensino e da pesquisa, clínica e epidemiológica, no campo da saúde mental (BRASIL, 2005).

3.5. Dilemas Éticos na Psiquiatria.

No hospital geral normalmente o psiquiatra é chamado para atender o paciente em crise, são poucas informações sobre o paciente, pouco espaço de tempo, fora de um ambiente psiquiátrico onde o psiquiatra tem que ter muita flexibilidade em suas decisões. (BOTEGA, 2006).

Devemos lembrar que dilemas éticos sempre vão existir, eles muitas vezes surgem sem razão explícita, e junto com eles vem uma carga de emoção. (TOWNSEND, 2002).

As muitas razões que apóiam cada lado do dilema muitas vezes são lógicas e adequadas, e as associações são desejáveis de um lado e indesejáveis de outro. Portanto em muitas situações o fato de não tomar uma decisão é considerado uma ação realizada. (TOWNSEND, 2002).

Existem muitos dilemas éticos como: negligência, uso incorreto da psiquiatria, problemas da relação profissional - paciente, confidencialidade, consentimento, admissão e tratamento compulsório, crianças, pesquisa, estabelecimento de prioridades, etc. (GELDER et al, 2006).

Esses dilemas éticos podem ainda se tornar ainda mais problemáticos quando falamos de psiquiatria, visto que muitos pacientes apresentam dificuldades na atenção, memória, inteligência, etc.

Todos os dilemas éticos que são causados por profissionais aos pacientes psiquiátricos, são punidos nos conselhos de classe, quando comprovados pelos pacientes e ou familiares.

Algumas responsabilidades são assumidas individualmente pelos médicos outras são compartilhadas entre a equipe. (BOTEGA, 2006).

Ao diminuir o nível de angústia das pessoas que estão envolvidas nas difíceis decisões, o profissional favorecerá a tomada de decisões. Em casos mais complicados o profissional deve discutir com a equipe interdisciplinar. (BOTEGA, 2006).

Segundo o mesmo autor não podemos esquecer que durante uma consulta na emergência surgem vários dilemas éticos que podem advir de situações como agitação psicomotora, heteroagressividade, autoagressividade, pacientes em tratamento involuntário, pacientes propensos ao risco de suicídio, pacientes terminais cuja sua vida esta sendo mantidos artificialmente, e principalmente conflitos na equipe interdisciplinar quanto à conduta a seguir.

Lembrar que todas essas situações citadas trazem conflitos e dilemas éticos e legais a toda a equipe multiprofissional que deve estar preparada para a resolução desses problemas.

Na emergência as decisões têm que ser rápidas, pois delas muitas vezes vai depender a vida do paciente, nesses casos a equipe multiprofissional esta amparada pelo “estado de necessidade” que vai trazer um mal menor ao paciente do que teria ocorrido caso nenhum procedimento médico ou de enfermagem fosse adotado. (BOTEGA, 2006).

No estado acima a equipe não deve esquecer que a existência de uma ótima anotação no prontuário de paciente é muito importante, pois ela vai explicar as necessidades do paciente, durante o procedimento na urgência. (BOTEGA, 2006).

Sempre que possível o profissional deve explicar ao paciente e aos seus familiares sobre todos os procedimentos que serão adotados durante o tratamento. (GELDER et al, 2006).

O profissional deve tomar cuidado muito dos conflitos éticos também podem advir de situações de pouca informação ou excesso de informações, lembrara que o paciente, seus familiares e cuidadores devem entender essas informações para que possam tomar decisões (BOTEGA, 2006).

Ainda para Botega (2006) a informação a ser dada ao paciente deve conter: uma avaliação diagnóstica, um propósito do procedimento, um método, uma duração estimada do procedimento, um benefício desse procedimento, modos alternativos e menos invasíveis de tratamento e também uma visualização dos riscos, dores, desconforto e efeitos colaterais do tratamento que esta sendo proposto.

Segundo Gelder et al (2006) o paciente e familiar deve compreender o seu tratamento, seus efeitos, suas conseqüências e seus objetivos. Com certeza isso evitaria muitos dilemas e conflitos éticos que surgem durante o atendimento do paciente na emergência.

3.6. Aspectos Éticos e Legais na Psiquiatria e na Enfermagem Psiquiátrica

A psicologia propõe que o nosso cérebro é considerado um canal de informações, que recebe, filtra, processa e armazena as informações dos órgãos do sentido. Também comunica as informações a outra pessoa quando necessário. (GELDER et al, 2006).

O nosso cérebro pode ser comparado a um computador, onde há diversos mecanismos utilizados na transmissão de mensagens, e, portanto existem muitos pontos onde pode haver uma falha no processamento da mensagem, isso pode ser considerado uma doença mental. (GELDER et al, 2006).

Como existe uma falha na sua transmissão de mensagens, o mesmo muitas vezes tem dificuldades em receber as mensagens, e muitos pacientes não conseguem perceber a diferença entre moral, valores, direitos, ética e Bioética.

Muitas vezes os pacientes psiquiátricos, não conseguem ter o discernimento do certo e do errado, do bom e do ruim, dos erros e acertos, o profissional da

enfermagem tem que estar disposto a ajudar o paciente a encontrar as suas próprias respostas, tendo sempre muito cuidado com a ética nos relacionamentos.

O profissional da enfermagem precisa estar consciente das questões éticas e legais no tratamento de seus pacientes psiquiátricos, sendo que muitos desses pacientes não têm a capacidade de fazer juízo sobre o seu próprio tratamento. (GELDER et al, 2006).

Ainda segundo Gelder et al (2006) nas questões éticas há 2 abordagens básicas e muito conflitantes que são:

- Obrigação: as organizações profissionais estabelecem as regras de condutas pessoais aos profissionais, para que isso proporcione segurança e clareza ao nosso paciente durante o seu tratamento, porém pode haver muitos conflitos quando tratarmos de problemas específicos e individuais dos pacientes, principalmente os de ordem psiquiátrica.
- Utilitarismo: é voltado ao juízo de benefício e prejuízo. A ação correta é a que traz benefício ao paciente.

Em nosso país a realidade tem mostrado cada vez mais que os excluídos persistem cada vez mais sendo discriminados. Para Pessini (1996) não podemos lutar contra essa discriminação se não trabalharmos com princípios éticos que são as orientações fundamentais para as nossas tomadas de decisões, aí esta a importância da Bioética na saúde, pois ela vai ajudar a resolução dos problemas éticos encontrados.

A Bioética não tem fronteiras, é um produto da sociedade e da expansão dos direitos humanos da terceira geração, ela surgiu como uma resposta da sociedade frente às questões éticas que surgiam através da ciência devido ao desenvolvimento técnico científica. (PESSINI, 1996)

Portanto é muito importante que a enfermagem trabalhe com princípios éticos como a defesa da vida, o respeito pela vida do paciente e a promoção da saúde (PESSINI, 1996)

A enfermagem e a equipe multiprofissional esta constantemente diante de desafios referente à tomada de decisões a respeito do bem e do mal, ou da vida e da morte.

3.7. Os Sentimentos, as Emoções e as Ações dos Profissionais da Enfermagem ao Cuidar do Doente Mental na Emergência.

O ser humano desde o seu nascimento entra em contacto com outras pessoas e com o mundo em sua volta, assim ele vive e convive com outras pessoas que possuem valores e crenças diferentes e também semelhantes a sua, esse confronto com outras pessoas, causa uma dinamicidade no nosso processo de viver e pode causar um estresse em nossa vida (REIKDAL; MAFTUM, 2006).

Cada indivíduo é diferente um do outro, possuem características diferentes uns dos outros, gostos diferentes, e modo de viver diferente, portanto cada um tem um tipo de reação em um momento de estresse na sua vida (REIKDAL; MAFTUM, 2006).

O estresse pode ser bom ou ruim. Cada pessoa reage de uma maneira ao estresse. Todos nós precisamos de um pouco de estresse em nossa vida. Considerado o “mal da civilização moderna”, ele afeta todas as pessoas independentes da idade (ANTHIKAD, 2005).

Segundo Jacques (2003) o estresse não é uma doença, mas sim uma nova tentativa de adaptação e não esta relacionada só ao trabalho, mas sim ao cotidiano de vida do indivíduo. Ressaltam também que a importância conferida ao trabalho, se deve a sua importância em nossas vidas, transformando-o em um dos fatores desencadeantes do estresse do indivíduo.

O estresse é a força que impulsiona as nossas emoções e os nossos desejos, mas este também causa o desgaste da nossa existência, é o padrão de respostas específicas ou não especificadas dadas pelo nosso organismo a eventos estimulantes que acontecem no nosso dia a dia e que perturbam o equilíbrio do nosso corpo, sobrecarregando ou excedendo sua capacidade de enfrentamento (ANTHIKAD, 2005).

Todos os indivíduos vivenciam o estresse na correria do dia a dia, é impossível ele ser evitado, e ele é produzido tanto por experiências negativas ou por experiências positivas, que acontecem na nossa vida durante todos os dias, isso torna necessário o ajuste a essas diversas mudanças que acontecem em nossa rotina (TOWNSEND, 2002).

Quanto mais preparada à equipe estiver mais fácil será abordar o paciente e muito mais terapêutica será a sua conduta, esse é um momento que envolve muito a imprevisibilidade, e quanto mais unida à equipe for melhor (ANGERAMI-CAMON, 2002).

As situações de urgência e emergência em um hospital trazem muitos conflitos psicológicos ao paciente, ao familiar e ao profissional que esta cuidando desse paciente, é onde a equipe convive com o inesperado o tempo todo, Isso provoca um aumento do estresse no ambiente, pois é muito difícil convivermos com o inesperado (ANGERAMI-CAMON, 2002).

O estresse causado no momento, diz respeito às nossas respostas amplas e generalizadas do nosso corpo a várias situações ambientais, físicas e sociais (ANTHIKAD, 2005)

O meio externo como o frio, o calor, as condições de insalubridade, o ambiente social, e o meio interno com os nossos pensamentos, os sentimentos, as emoções, o descontentamento no trabalho, os desajustes familiares também podem causar estresse, quanto mais intensos forem os fatores estressores, maior é o nosso desgaste emocional e físico, e maior é a probabilidade de erros e frustração. As frustrações, as decepções, as tristezas são inevitáveis em nossa vida, mas podem levar o indivíduo a um estado de debilidade e depressão (REIKDAL; MAFTUM, 2006).

O estresse prolongado pode originar muitas doenças fisiológicas (TOWNSEND, 2002).

Existem alguns sinais comuns de estresse como: cansaço constante, irritabilidade, dificuldade na concentração, perda de memória, perda ou excesso de apetite, insônia ou sono exagerado, fobias, desmotivação, perda da criatividade, perda do interesse sexual, problemas gastrintestinais, dores nas costas constantes, dores de cabeça, vulnerabilidade (diminuição das defesas do organismo ou psíquicas) (REIKDAL; MAFTUM, 2006).

Infelizmente todos os funcionários que trabalham no setor da emergência estão sujeitos a esses sintomas citados devido ao estresse que vivenciam no setor, o fato de muitas vezes lidarmos com a morte, enfrentar os familiares, excesso de pacientes para serem atendidos, momentos de agressividade, e outros, fazem

muitas vezes com que o funcionário como sistema de defesa banalize algumas situações o que não é considerado normal para algumas pessoas, causando um maior estresse no ambiente.

Durante uma urgência surgem também algumas reações psicológicas, como abalos na autonomia, medo, ansiedade, ressentimentos, perda do autodomínio, sensações de estranheza, alteração da auto-estima, e na imagem do eu corporal (ANGERAMI-CAMON, 2002).

A pior reação é a Síndrome de Burnout (síndrome do esgotamento profissional) definida por Jackson em 1981 como uma reação à tensão emocional crônica, e que envolve 3 componentes: a exaustão emocional, a despersonalização e diminuição do envolvimento no trabalho (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Essa síndrome foi reconhecida entre os cuidadores, pois os mesmos precisam estabelecer vínculos afetivos com aqueles a quem prestam seus cuidados e cotidianamente rompem esses vínculos por se tratar de uma relação profissional que é mediada por normas, rotinas, horários, turnos, transferências, óbitos, etc. (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Muitos profissionais da saúde precisam de tratamento psicológico após algum tempo, de trabalho no Pronto Socorro. O ambiente do Pronto Socorro é muito estressante, e é onde o profissional convive no dia a dia com muitos desgastes emocionais dos seus pacientes e familiares.

O tratamento psicológico nessas condições é importante, pois ele faz com que o indivíduo aprenda a se beneficiar com as suas experiências, aumentando a sua habilidade, faz também com que o indivíduo perceba o impacto do seu comportamento nos outros, entendendo o afeto entre as outras pessoas (ANGERAMI-CAMON, 2002).

O tratamento traz alívio ao sofrimento, através do uso adequado de suas funções reflexivas, capacitando-o a viver em mais perfeita harmonia, com as suas necessidades em seu ambiente e com o mundo ao seu redor (ANGERAMI-CAMON, 2002).

O indivíduo depois do tratamento consegue enxergar a natureza dos seus atos, do seu comportamento, dos seus limites, e do seu potencial baseado na realidade (ANGERAMI-CAMON, 2002)

A dor, o sofrimento, as alterações físico-corporais, acarretam dificuldades adaptativas que geram sentimentos de perda, medo do enfrentamento do desconhecido, aumento da ansiedade, angústia e desesperança (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Muitos eventos estressantes provocam transtornos psiquiátricos. São as chamadas síndromes agudas ao estresse, transtorno de estresse pós-traumático, formas especiais de resposta ao estresse grave, e transtornos de ajustamento, etc. (GELDER et al, 2006). Portanto, devemos cuidar do cuidador para que o mesmo se ajuste a possíveis situações de estresse, que possam prejudicar a sua saúde física e mental.

A emergência já é estressante, porém muitas situações de estresse poderiam ser evitadas, poucos pacientes e familiares se preocupam com os sentimentos do profissional durante o atendimento.

O estado emocional dos profissionais influencia muito no estado psíquico do seu paciente, e também no desenvolvimento de suas funções terapêuticas, isso explica o fato dos profissionais precisarem de uma supervisão constante (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1997).

No Pronto Socorro a doença sempre é colocada em primeiro plano, e desse comportamento depende a vida do paciente, mas isso muitas vezes prejudica o estado emocional da equipe.

A equipe tem que manter a sua postura profissional, agindo com objetividade buscando a eficácia do processo terapêutico sobre o quadro sintomatológico (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1997).

Manter essa postura profissional muitas vezes é difícil e as conseqüências são óbvias e claras, sofre o paciente, o familiar e conseqüentemente o profissional, que muitas vezes podem ter comportamentos inadequados como: gestos suicidas, abuso de álcool ou drogas, abuso exagerado de medicações, tabagismo, conflitos familiares, conflitos conjugais, conflitos durante o trabalho, etc. (GAUDERER, 1991).

Isso pode causar nos profissionais sentimentos de incapacidade, insegurança, ignorância, frente aos problemas que vão surgindo, essa sensação de inadequação, é exacerbada pela explosão de conhecimentos científicos (GAUDERER, 1991).

O profissional acha muito difícil dizer “eu não sei”, portanto com isso vamos ao extremo oposto nos tornando arrogante, prepotente, presunçoso, autoritário, donos da razão e da verdade, e também paternalista, com essas atitudes camuflamos as nossas incertezas, os nossos medos, as nossas emoções, os nossos sentimentos, as nossas inseguranças, e a nossa vasta ignorância. Esse é nosso primitivo mecanismo de defesa, que precisa ser identificado por nós para que consigamos melhorar nas nossas atitudes e comportamentos, e também para que consigamos administrar a nossa vida afetiva (GAUDERER, 1991).

Se esse fenômeno fosse identificado pelo paciente, o mesmo iria conseguir lidar mais eficientemente e construtivamente com o profissional, e também iria ajudar o profissional a sair dessa posição enclausurante de semideus ou mito e permitir ao mesmo ser mais humano e real no verdadeiro sentido da palavra, sem o peso de exigências inviáveis (GAUDERER, 1991).

No contexto da crise de urgência e emergência também poucos pacientes e familiares se preocupam com o assunto da instrumentalização física e técnica desses profissionais que atendem essa demanda (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Além da instrumentalização técnica podemos afirmar que o atendimento do paciente em situação de internação e do paciente em crise na chegada da emergência e urgência é totalmente diferente.

A alienação e o estresse a que são submetidos os profissionais da urgência e emergência em particular, estão fora de controle, isso impõe-lhes muitos prejuízos que muitas vezes são repassados aos pacientes à medida que o profissional tem a sua concentração, capacidade de raciocínio, capacidade de decisão, limiar de irritabilidade, reflexos, serenidade, sensibilidade bastante comprometidos (ANGERAMI-CAMON, 2002).

É importante salientar que essas características e atitudes são muito cobradas e esperadas desses profissionais, pelo paciente, familiar e pela instituição em que o mesmo trabalha (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Segundo Angerami-Camon (2002), foi agrupadas algumas atitudes ou posturas que são muito observadas nos profissionais da saúde diante dos casos de urgência e emergência e a denominação que dei a elas foram de:

- Calosidade Profissional.

- Distanciamento Crítico.
- Empatia Genuína.
- Profissionalismo Afetivo.

3.7.1. Calosidade Profissional

Depois de anos de prática em emergência e urgência o profissional adquire a calosidade profissional, que é onde ele adquire uma total indiferença a tudo e a todos, onde o mesmo forma uma calosidade que o impede de ser tocado intimamente pela dor do outro, e isso não ocorre nem minimamente (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Do ponto de vista emocional devido à quantidade de procedimentos realizados que são muitos, é um modo para que o profissional não sofra com a dor do outro, pois esse sofrimento pode alterar a sua vida. Muitos profissionais adquirem a calosidade para preservar a sua vida e a sua identidade profissional (ANGERAMI-CAMON, 2002).

A associação de que o sofrimento do paciente diz respeito só a ele e aos seus familiares, desampara muitos os pacientes. Cabe ao profissional só cuidar da doença do paciente, não infringindo as regras que a calosidade profissional imprimiu ao relacionamento interpessoal, e isso é simplesmente aterrorizador ao paciente e familiar (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Na medicina moderna busca-se a eficácia terapêutica com muito rigor e afinco, porém da emoção que determina o surgimento de muitas doenças físicas, ninguém consegue lembrar e trabalhar, ela é desprezada pelos profissionais (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Ao negar a dor do outro, o profissional não apenas está negando a sua própria dor, mas sim também está negando a sua condição humana (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Ao negar a dor do outro o profissional cria um mecanismo de defesa em torno de si mesmo, pois é muito difícil lidarmos com a dor e a morte iminente.

A fraternidade é uma das condições humana que nos diferencia dos animais irracionais, é através dela que nós adquirimos a capacidade de aprender e compreender a dor do outro naquele momento de fragilidade (ANGERAMI-CAMON, 2002).

3.7.2. Distanciamento Crítico

Já no distanciamento crítico existe a necessidade de certo afastamento para que possamos compreender a dor do outro em toda a sua essência (ANGERAMI-CAMON, 2002).

O distanciamento crítico faz com que os profissionais reflitam de uma maneira segura, serena, sobre o momento que o seu paciente está passando, e a sua família também (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Faz também que o mesmo reflita sobre necessidades do paciente e sobre o que ele como profissional poderia fazer para melhorar aquele momento na vida do seu paciente. Quando refletimos fora de um momento de estresse conseguimos adquirir uma capacidade melhor de perceber tudo que está acontecendo ao nosso redor.

Muitas vezes, só refletimos no momento de estresse, deixando passar muitas atitudes e comportamentos que poderiam ser modificados, visando uma melhora do nosso relacionamento e das nossas condutas frente ao paciente e sua doença e frente aos familiares.

A nossa falta de reflexão chega a tanto que muitas vezes não percebemos os desatinos emocionais dos nossos pacientes, e muitas vezes criticamos o seu comportamento perante algum fato (Angerami-Camon, 2002).

3.7.3. Empatia Genuína

Na empatia genuína ocorre aquela atitude onde o profissional se envolve com o doente de uma forma singela, sem o estabelecimento de nenhuma barreira (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Esse envolvimento muitas vezes transcende os limites estabelecidos na relação profissional da saúde e do doente (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Na atualidade, porém são poucos os profissionais que se envolvem com a dor do outro, se isso ocorre esse profissional se destoa dos demais, e é criticado pelos outros (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Antigamente, a estrutura familiar era conhecida como um todo. Os profissionais eram reconhecidos como parte da estrutura familiar, e quando surgia uma doença no seio daquela família o profissional amanhecia ao seu lado na cama atendendo as suas necessidades (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Hoje devido à grande demanda no atendimento, muitos profissionais não perguntam o nome do paciente, existindo aí uma despersonalização da figura do paciente (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Aprendemos atualmente, a tocar a doença, sem o menor relacionamento com o paciente, com as suas angústias, com os seus medos, suas dúvidas e sua desestruturação emocional, pois é muito difícil lidar com o abstrato e com a dor da alma dos outros (ANGERAMI-CAMON, 2002).

A lágrima de dor só é permitida ao paciente e ao familiar, jamais ao profissional da saúde, este deve permanecer impecável sem dor e sofrimento pelo outro (ANGERAMI-CAMON, 2002).

A empatia genuína é um sentimento que precisa ser resgatado na prática do profissional na atualidade (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Devemos assumir que a lágrima do profissional da saúde pode ser libertária e estabelecer um vínculo com o paciente, com a sua dor, seu sofrimento, e com o seu desespero naquele momento por ele vivido (ANGERAMI-CAMON, 2002).

3.7.4. Profissionalismo Afetivo

O profissionalismo afetivo ocorre quando acontece àquela empatia genuína, e o profissional consegue tratar o paciente com respeito pela sua dor e sofrimento (ANGERAMI-CAMON, 2002).

O profissionalismo afetivo é um procedimento adotado quando se quer fazer e desenvolver um trabalho sistematizado sem um envolvimento emocional que escape do controle do profissional da saúde, mas mesmo assim faz com que o paciente não se sinta desrespeitado na delicadeza do seu sofrimento (ANGERAMI-CAMON, 2002).

O profissionalismo afetivo é uma atitude onde os sentimentos do profissional ainda que presentes, não vão interferir na sua conduta como profissional (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Por fim devemos enfatizar a satisfação que o profissional encontra em tratar o paciente como ser total, portadores de dores, sofrimentos, angústias, pensamentos, sentimentos, e tratando-o como companheiro de uma aliança terapêutica colaboradora (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Os pacientes com algum tipo de enfermidade psicossomática, necessitam de atenção, carinho, dedicação e tempo do profissional da saúde, são pacientes que chamam a toda hora, questionam condutas, recusam-se a alguns procedimentos, com isso conseguem deixar o profissional impaciente e irritado devido a esse tipo de comportamento (ANTHIKAD, 2005).

O profissional deve lembrar que quando ele estiver em contacto com esse paciente, o mesmo responderá a qualquer momento, de acordo com a nossa mensagem, o nosso tom de voz, ou pela nossa linguagem corporal (ANTHIKAD, 2005).

Por isso a importância do nosso “Não-Verbal” quando conversamos com o paciente, muitas vezes o nosso corpo diz o que não podemos dizer pessoalmente, e as pessoas conseguem perceber claramente os nossos sentimentos.

O profissional então deve se interessar pela sua expressão, seu modo de falar, de rir, de sentar, de agir e principalmente pelo controle das emoções em si, no

paciente e no familiar durante esse atendimento. Com certeza com isso o profissional será mais equilibrado e produtivo se estiver no controle durante esse atendimento (ANTHIKAD, 2005).

O relacionamento com o paciente pode ser muito rico ao profissional quando este tem uma autoconscientização e percepção de suas habilidades e limitações. Porém, esse contacto próximo pode levar o profissional ao desgaste e até a um desequilíbrio emocional, devido a estar constantemente em situações de sofrimento pelos quais passam as pessoas que cuida (REIKDAL; MAFTUM, 2006).

O contacto, a transparência, a compreensão, o apoio mútuo, o carinho, o respeito pelo sofrimento próprio e do outro humanizam o ser humano, no cuidado com o outro (GAUDERER, 1991).

O cuidado emocional também deve ser dado ao cuidador. O cuidador possui medos, trabalha em cima de uma navalha já que lida com vidas humanas e com o público em geral, muitas vezes, fica descompensado devido à grande proximidade da doença, ao ambiente tóxico com falta de recursos humanos e materiais e a falta de suporte psicológico (SÁ, 2001).

Compreendemos que o cuidador estando bem, possa cuidar melhor do outro, o mesmo é responsável pelo atendimento de qualidade, portanto ele tem que ser cuidado para que possa prestar um ótimo atendimento ao seu paciente (REIKDAL; MAFTUM, 2006).

Segundo os mesmos autores para alcançar o equilíbrio o profissional deve favorecer a sua saúde mental procurando: ser otimista, compartilhar as idéias, dominar as preocupações, enfrentar dificuldades, amar, ter fé, equilibrar as fantasias com fatos reais, ter atividades físicas, abster-se de vícios, ingerir alimentação sadia, e em quantidade moderada, ter boa higiene corporal, cuidar de sua apresentação pessoal, e ser capaz de hierarquizar os seus valores pessoais, tendo assim um equilíbrio de conduta, sem extremos psíquicos.

Uma relação interpessoal saudável é em essência o respeito e o carinho pelo outro e suas emoções. Essa é uma relação humana, aberta, democrática, flexível, de mutualidade, de respeito e responsabilidade recíproca (GAUDERER, 1991).

Para que haja uma relação interpessoal saudável além de existir o “Cuidado ao Paciente” tem que existir o “Cuidado ao Cuidador”.

3.8. A Importância da Família no Tratamento dos Doentes Mentais

A família é o nosso primeiro grupo social, é ela que nos prepara para o mundo exterior, ela nos insere na comunidade, ela deve-nos acolher, permitindo-nos desenvolver as nossas habilidades, experiências, vivências, e novas relações humanas, é o ambiente onde devemos receber apoio afetivo, psicológico, valores humanos e éticos, além de outros apoios para o nosso desenvolvimento físico e mental. Portanto para que haja um equilíbrio familiar todos os membros têm que ter um desenvolvimento físico e mental saudável. (PINHO; KANTORSKI, 2004).

A doença ou uma hospitalização de um membro de uma família afeta todos os outros membros dessa família. Os profissionais têm que aprender a trabalhar com essa família como uma unidade, sabendo que os familiares podem ter um profundo efeito sobre o processo de restabelecimento de seu paciente. (TOWNSEND, 2002)

A família é tida como um desafio, pois ela decide suas ações, e demarca o seu território, cada membro da família deve ser visto como uma pessoa que pensa, sente, age, decide, percebe tem crenças e valores próprios e interage com os outros. (REIKLIN; MAFTUM, 2006).

Ao prestar uma assistência a essa família é necessário o profissional ter a capacidade de compreender, sem julgar as atitudes, costumes e as dinâmicas dessa família, procurando “sentir o que sente o outro”, dessa forma é possível compreender o que a outra pessoa está sentindo, mas é importante que o profissional tenha conhecimento de sua própria estrutura psicológica. (REIKLIN; MAFTUM, 2006).

Os profissionais da saúde devem avaliar a interação familiar e reconhecer a ocorrência de problemas que existem nessa família. (TOWNSEND, 2002). As equipes têm que ter uma sensibilidade extrema para compreender que o paciente esta frágil, e isso enfraquece, adocece e sensibiliza a sua família e que é nosso dever como profissional da enfermagem em acolhê-la nesse momento difícil.

Porém muitos profissionais não querem, ou não agüentam ou simplesmente não sabem como fazer, dependendo das situações que possam surgir durante o atendimento entre o profissional / paciente / família podem ocorrer algumas atitudes defensivas de incompreensão, mal entendidos, falhas na comunicação, que causam distúrbios no ambiente.

A internação do paciente desestabiliza a família, desencadeando sofrimento psíquico, e a equipe do Pronto Socorro às vezes supervaloriza a técnica deixando de lado o trabalho psicológico com próprio paciente e família, estratégia que iria evitar o seu próprio sofrimento psíquico, portanto a enfermagem deve compreender as relações sociais dos pacientes inserindo-as no projeto terapêutico da unidade. (PINHO; KANTORSKI, 2004)

Muitas dessas famílias têm que ser encaminhadas a terapia para aprender a lidar com as suas emoções, seus sentimentos, suas dificuldades, seus medos, seus anseios e para que possa entender um pouco a doença do seu familiar. (TOWNSEND, 2002).

Nos primórdios de nossa história Pinel considerava a família como causa do adoecer, achava que a alienação poderia ser uma influência de uma educação corrompida e do desregramento do seu modo de viver. (PESSONI, 1996).

Os programas de saúde pública existentes colocam a família como responsável pelo cuidado de seus membros e torna-a agente de transformação nos cenários de assistência, apoiada pelo município e estado. (BRASIL, 2005).

Os profissionais da enfermagem têm que aprender a trabalhar com essa família como uma unidade, sabendo que os familiares podem ter um profundo efeito sobre o processo de restabelecimento de seu paciente. O profissional da enfermagem deve avaliar a interação familiar e reconhecer a ocorrência de problemas que existem nessa família. (TOWNSEND, 2002).

O objetivo das terapias é facilitar as mudanças na estrutura familiar, onde ocorre uma disfunção familiar. A estrutura familiar é modificada através dos princípios e dos padrões transacionais que contribuem para essa disfunção familiar. (ANGERAMI-CAMON, 2002).

O foco da terapia é o presente onde estão ocorrendo os problemas. Toda família participa da terapia. As técnicas da terapia incluem unir a família, avaliar a estrutura familiar, e reestruturar a família. (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Muitas famílias, porém alegam que não conseguem tratar os doentes mentais, e um dos motivos alegados é o acompanhamento medicamentoso, também os membros da família entendem isso como uma responsabilidade do estado. Se todas as famílias participassem da recuperação e sociabilização do seu familiar, com certeza diminuiria a cronificação da doença mental. (MEDEIROS apud Correia, 2004).

4. METODOLOGIA

4.1. Local da Pesquisa

*O Valor das coisas não está no tempo que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e
pessoas incomparáveis.
(FERNANDO PESSOA)*

A pesquisa foi realizada no Pronto Socorro do Hospital Universitário (HU), que se localiza na Cidade Universitária da Universidade de São Paulo (USP), zona oeste de São Paulo, sempre em horários que não prejudicaram o atendimento do setor e a pesquisa.

O local da pesquisa foi escolhido devido à grande procura de atendimentos de pacientes psiquiátricos no setor, e devido ao fato do hospital ser uma referência nesta região.

O hospital Universitário da Universidade de São Paulo é um hospital de ensino utilizado pela Universidade de São Paulo, que privilegia o ensino, as pesquisas, e a assistência, sendo de caráter regionalizado aos moradores do Distrito do Butantã.

Atua em áreas gerais como clínica médica, cirúrgica, obstetrícia, ginecologia, ortopedia e pediatria com o apoio da oftalmologia, otorrinolaringologia, anestesiologia, endoscopia, patologia e radiologia. Não há especialidades no Hospital Universitário apesar da existência de especialistas.

4.2. Sujeito

Foram convidados todos os funcionários da equipe de enfermagem que atuam no Pronto Socorro do Hospital Universitário que é composta de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, sem discriminação de sexo, idade, etnia e só foram utilizados como critério de exclusão os que se encontravam em férias ou afastados no período destinado as coletas de dados dessa pesquisa, e os que não manifestarem desejo de participação.

O número de funcionários do Pronto Socorro do Hospital Universitário atuantes no período da coleta de dados era de 57 funcionários, sendo discriminados por cargo na análise de dados.

4.3. Instrumento

Essa pesquisa é uma pesquisa qualitativa, descritiva e transversal e a coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi estruturada, contendo quesitos relativos ao atendimento do paciente psiquiátrico, sobre as suas próprias percepções do trabalho da emergência, sobre os seus sentimentos durante o atendimento ao doente mental na emergência e também sobre as suas percepções da doença mental (anexo II).

4.4. Procedimento

Aos entrevistados foi entregue uma carta convite da pesquisa (anexo I) e explicado ao mesmo sobre a liberdade em participar ou não da pesquisa, sem implicações institucionais e sobre o termo de consentimento e responsabilidade (anexo III) que já estava assinado pelo pesquisador em duas vias. O colaborador que aceitasse participar da pesquisa assinaria o termo de consentimento e o devolveria junto com a pesquisa preenchida, sendo solicitado que devolvesse o mesmo o mais breve possível, deixando uma cópia do termo com os colaboradores da pesquisa.

4.5. Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

Essa pesquisa tem como base primordial o respeito às pessoas. Nessa garantia inclui todas as pessoas que possam vir a ter relação com essa pesquisa. O sujeito da pesquisa teve toda garantia dada pelo pesquisador, que os dados da pesquisa foram utilizados apenas para fins científicos, onde esta preservada a privacidade e a confidencialidade de todos.

Obtive o consentimento informado de todos os indivíduos que participaram da pesquisa, garantindo assim a voluntariedade dos participantes e preservando a autonomia de todos os sujeitos, onde o processo de consentimento forneceu as

informações necessárias ao sujeito da pesquisa, sobre a pesquisa, dessa forma ele é livre e voluntário.

Esta pesquisa antes de ser realizada passou pelo Comitê Médico de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário, sendo avaliado a ética e a integridade da pesquisa e do pesquisador, aprovando que a mesma fosse realizada.

4.6. **Análises dos Dados**

Esse estudo tendo um caráter qualitativo, descritivo e transversal com pensamentos, ações e sentimentos que expressam a realidade em que vivem os funcionários na emergência, onde foi buscada a compreensão do fenômeno, a partir da visão da equipe de enfermagem, tentando explicar, justificar e questionar a realidade vivida por eles.

Não se propôs discutir a teoria dos conceitos de loucura, mas sim reconhecê-los durante as ações, sentimentos e pensamentos da equipe de enfermagem durante o atendimento ao doente mental.

Esta construção, portanto baseia-se em dados empíricos obtidos diretamente com a equipe de enfermagem que atende o doente mental em crise, durante o seu cotidiano no Pronto Socorro do Hospital Universitário. Desta forma, pode-se tornar manifesto o essencial do fenômeno e assim a explicação para a realidade que será demonstrada através de tabelas e discursos dos colaboradores entrevistados. Estes colaboradores foram demarcados pela letra “a” e o número respectivo do entrevistado que foi numerado aleatoriamente conforme a entrega dos questionários, exemplo a₁.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Foram entregues 57 questionários aos colaboradores, onde 54 responderam o mesmo, tendo 03 recusas, sendo uma delas a justificativa de não poder responder por não suportar estes clientes, a outra por trabalhar no pronto socorro apenas com materiais e instrumentais sem contato com os pacientes psiquiátricos e a terceira não justificou o motivo da recusa.

Tivemos um total de 94.73% dos funcionários com adesão a essa pesquisa, demonstrando vontade de participar, curiosidade e interesse em mudar ou ajudar na melhora da assistência de enfermagem aos pacientes psiquiátricos na emergência.

Na tabela 01 apresenta-se a faixa etária dos funcionários da enfermagem que trabalham no Pronto Socorro do Hospital Universitário, onde a população estudada esta na faixa etária de: 61,11% (33) com 36 a 50 anos de idade; 27,78% (15) com 41 a 45 anos de idade; 18,52% (10) com 46 a 50 anos; 14,81% (8) temos uma igualdade de 21 a 25 anos e 36 a 40 anos; 11,11% (6) entre 31 a 35 anos; 7,41% (4) entre 26 a 30 anos; e 5,56% (3) entre 51 a 55 anos quem pode ser visto abaixo:

Tabela 01: Distribuição das idades dos funcionários da Enfermagem do Pronto Socorro do Hospital Universitário – HU, São Paulo - 2007

Idade	Nº. de Funcionários	%
21 — 25	8	14,81
26 — 30	4	7,41
31 — 35	6	11,11
36 — 40	8	14,81
41 — 45	15	27,78
46 — 50	10	18,52
51 — 55	3	5,56
Total	54	100,00

Na tabela acima ocorre uma demonstração que o índice maior de funcionários da emergência esta na faixa etária de 41 a 55 anos, demonstrando um amadurecimento pessoal e conseqüentemente profissional da equipe, isso é também citado por MORHY (1999) a seguir: “o processo de acumular experiências e enriquecer a vida por meios de conhecimentos e habilidades físicas. Essa sabedoria adquirida proporciona o potencial para tomar decisões razoáveis e benéficas a respeito de nós mesmos”.

Na tabela 02 como podemos verificar é demonstrado o sexo dos funcionários tendo um predomínio feminino em relação ao masculino onde 77,78% (42) funcionários do sexo feminino e 22,22% (12) funcionários do sexo masculino.

Tabela 2: Distribuição do sexo dos funcionários da Enfermagem do Pronto Socorro do Hospital Universitário – HU, São Paulo – 2007

Sexo	Nº. Funcionários	%
Masculino	12	22,22
Feminino	42	77,78
Total	54	100,00

A realidade da enfermagem brasileira esta mudando, antigamente esta era uma profissão considerada tipicamente feminina e atualmente ocorrem contratações de funcionários homens que começam ver a profissão como um campo estável, seguro, com garantias de trabalho em locais que são espalhados em hospitais, clínicas, postos de saúde, escolas de enfermagem, serviços de transportes terrestres e aéreos, convênios médicos, etc.

A predominância é do sexo feminino nos serviços de pronto socorro e hospitais gerais e o aumento de homens na profissão se confirma no estudo de Lopes e Leal (2005) como podemos ver nas citações abaixo:

“A enfermagem é o campo profissional analisado e espelha a feminização no setor. Nesse sentido, pode-se afirmar que persiste a feminização na enfermagem brasileira, o que pode ser observada tanto na qualificação universitária como nos níveis médio e técnico.”

“O aumento de homens na profissão é gradual e estável, o que se deve, sobretudo, à ‘segurança, estabilidade e garantias’ de postos de trabalho que a área oferece.”

A enfermagem como uma profissão eminentemente feminina e as questões históricas sociais, culturais e econômicas que permeiam o trabalho e a vida dessas profissionais vêm sendo abordadas por vários estudos como (Guitton et al, 2000; Oliveira, 1995; Silva e Corrêa, 1999; Machado, 1993; Waldow, 1998).

A demonstração referente ao cargo exercido por cada membro da enfermagem atuante no Pronto Socorro do Hospital Universitário pode ser observada na Tabela 03. Onde ocorre uma predominância dos auxiliares e técnicos de enfermagem com

77,78% (42) do total dos funcionários; 22,22% (12) de enfermeiros; 44,44% (24) de técnicos de enfermagem e 33,33% (18) de auxiliares de enfermagem.

Tabela 03: Distribuição do cargo dos funcionários da Enfermagem do Pronto Socorro do Hospital Universitário – HU São Paulo – 2007

Cargo	Nº. de Funcionários	%
Auxiliar de enfermagem	18	33,33
Técnico de Enfermagem	24	44,45
Enfermeiro	12	22,22
Total	54	100,00

Antigamente a enfermagem não era reconhecida como profissão. A contratação de enfermeiras diplomadas, só passa a ser necessária segundo Mello (1986) devido a mudanças que ocorreram nos hospitais como citado abaixo:

“O hospital passa a ser o símbolo da supremacia da atenção médica sobre as medidas sanitárias de modo geral, no Estado que era o centro político e econômico do País. O novo hospital, agora incorporado de tecnologia desenvolvida, exigia pessoal auxiliar capacitado. As enfermeiras diplomadas passam a integrar o corpo de pessoal do hospital, organizando em novos padrões o serviço de enfermagem. A legitimação de o pessoal auxiliar então existente, se dá com a Lei 775, de 6 de agosto de 1949, que cria oficialmente os cursos de auxiliares de enfermagem e regulamentam as escolas de nível superior já existentes no país”.

A mão de obra do enfermeiro de nível universitário apesar de ser de suma importância, ainda é escassa e cara, os salários são incompatíveis com o atendimento especializado que é prestado, isso comprova o que foi dito na tabela 3 que é a existência de um menor numero de enfermeiros no setor, que pode ser comprovado no estudo segundo Castro et al (1985):

Alguns administradores sempre insistiram para que os Enfermeiros (nível universitário) tratassem os pacientes. Mas isso jamais aconteceu devido à escassez relativa dessa mão-de-obra e de escolaridade quase igual a dos médicos. Essa escassez relativa conduz a salários incompatíveis com a generalização desse tipo de atendimento.

Na tabela 4 observamos o tempo de formação e de atuação na emergência dos funcionários da enfermagem do Pronto Socorro do Hospital Universitário.

Tabela 04: Distribuição do tempo de formação e de atuação na emergência dos funcionários da Enfermagem do Pronto Socorro do Hospital Universitário – HU, São Paulo - 2007.

Anos	Tempo de Formação	%	Tempo de Atuação	%
0 — 3	6	11,11	10	18,52
4 — 7	12	22,22	13	24,07
8 — 11	15	27,78	20	37,04
12 — 15	11	20,37	8	14,81
16 — 19	5	9,26	3	5,56
20 — 23	3	5,56	-	-
24 — 27	2	3,70	-	-
Total	54	100,00	54	100,00

O tempo de formação: 27,78% (20) dos funcionários estão formados entre 8 e 11 anos; 22,22% (12) de 4 a 7 anos; 20,37% (11) têm de 12 a 15 anos de formados; 11,11% (6) com menos de 1 (um) ano a 3 anos; 9,26% (5) possuem de 16 a 19 anos; 5,56% (3) de 20 a 23 anos; e 3,70% (2) de 24 a 27 anos de formados.

O tempo de atuação são 37,04% (20) com 8 a 11 anos de atuação; 24,07% (13) de 4 a 7 anos; 18,52% (10) com menos de 1 (um) ano a 3 anos; 14,81% (8) de 12 a 15 anos; e 5,56% (3) com 16 a 20 anos de atuação.

Podemos ver que temos funcionários formados com mais de 19 anos, mas nenhum passa este tempo de atuação na emergência. O tempo de formação esta centrado de 4 a 15 anos com 70,37% (38), já o tempo de atuação esta centrado com menos de 1 (um) ano a 11 anos com 79,63% (43).

Observamos ainda que 48,15% dos funcionários da enfermagem são formados entre 8 a 15 anos e 51,85% dos funcionários entre 8 a 15 anos atuam na emergência. Portanto nessa faixa etária de 8 a 15 anos todos que se formaram foram trabalhar na emergência.

Como vimos anteriormente na faixa etária de 8 a 15 anos todos que se formaram vieram trabalhar na emergência, muitos desses funcionários chegam com muitas dúvidas e dificuldades e sem habilidades técnicas para trabalhar na emergência, onde o setor é muito especializado, e o número de enfermeiros ainda é restrito, como relatado nas tabelas 3 e 4 e como citado na literatura abaixo:

“O serviço de emergência é um complexo cenário, onde devem estar congregados profissionais suficientemente preparados para oferecer

atendimento imediato e de elevado padrão à clientela que dele necessita”; entretanto, no Brasil o número de enfermeiros preparados para atuarem nesta área é restrito” (ANDRADE; CAETANO; SOARES, 2000).

Na década de 70, os hospitais começaram a sentir uma necessidade de desenvolver a qualidade do atendimento de emergência então começaram a investir nesses funcionários que atuavam no setor. O atendimento na época era superficial, e não havia um programa de padronizado para treinamento de pessoal como relata Warner (1980):

“No passado o pessoal do departamento de emergência e os que efetuavam intervenções pré-hospitalares de emergência não tinham quase nenhum treinamento especializado e viam-se a frente de situações, nas quais vidas eram perdidas ou certos tipos de invalidez eram prolongados pela deficiência dos primeiros socorros”

Atualmente os hospitais estão se especializando onde foram criados Trauma Life Support Courses for Nurses (TLS for Nurses) e Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma (MAST), o ACLS (Advanced Cardiologic Life Support) que são cursos especializados em serviços de atendimento de emergência.

O serviço na emergência é especializado, hierarquizado, isto é dividido em funções na equipe de enfermagem, segundo Oliveira (2003) “O trabalho da enfermagem é integrante ao trabalho coletivo em saúde, é especializado, dividido e hierarquizado entre auxiliares, técnicos e enfermeiros de acordo com a complexidade de concepção e execução”.

No Brasil, a partir da década de 80, foi dada uma maior ênfase na capacitação dos profissionais que atuam no atendimento de emergência, tudo isso esta motivando os funcionários a trabalharem no serviço de emergência.

Os principais cuidados que foram listados pelos funcionários da equipe de enfermagem a serem prestados ao doente mental do Pronto Socorro do Hospital Universitário, são descritos na tabela 5.

Tabela 05: Distribuição dos principais cuidados de Enfermagem a serem prestados ao doente mental do Pronto Socorro do Hospital Universitário – HU, São Paulo - 2007

Cuidados de Enfermagem	Freqüência	%
Transmitir segurança, apoio e atenção	31	57,40

Cuidados com a contenção mecânica	25	46,30
Medicar conforme prescrição médica	22	40,74
Cuidar de Integridade física e local adequado	22	40,74
Observar alterações no comportamento	17	31,48
Orientar e apoiar familiares	15	27,78
Seguir orientação médica	05	9,26
Cuidados gerais com maior atenção	04	7,41
Observar nível de consciência	03	5,56
Outros*	06	11,12

* Ainda referiram manter acesso venoso pérvio, tratamento com ética e dignidade, não sabe lidar com estes pacientes e depende da emergência.

O Cuidar é um verbo cuja ação se exprime, na transitividade relacional que ocorre entre, no mínimo, duas pessoas presentes na situação e no ambiente de cuidado: uma pessoa que assume o papel de cuidador, e outra pessoa que assume o papel de ser cuidado (GARCIA, 1996).

O verbo cuidar quando é empregado com o sentido denotativo ou discursivo de zelar pelo bem-estar ou pela saúde de alguém, tratar da saúde de alguém (MICHAELIS, 1998) indica uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas durante a realização do cuidado.

O verbo cuidar indica também um processo de trabalho que ocorre consciente ou inconscientemente, através da adoção de um determinado modo de fazer, fundamentado em algum modo de pensar (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Os cuidados listados pelo funcionário são: 57,40% (31) transmitir segurança, apoio e atenção ao cliente, pois quando o paciente percebe estas qualidades sente-se mais seguro e fica menos agressivo; 46,30% (25) cuidados com a contenção mecânica, pois devido seu quadro agudo e sua agressividade muitas vezes necessitam de contenção e desta forma deve ter um cuidado maior com este procedimento devido à atenção que deve ser dado ao cliente quando esta contido devido o risco que este procedimento pode ter, e deve ser retirado a contenção logo após a melhora da agitação; 40,74% (22) medicar conforme prescrição medica, cuidar da integridade física e local adequado, a medicação ajuda na sua melhora, ajuda a manter a integridade física devido a sua auto ou heteroagressividade, e o local adequado para não expor o paciente e conseguir mantê-lo mais calmo; 31,48% (17) observar alterações do comportamento que liga-se ao item anterior devido um ambiente tranquilo e que não o exponha será mais fácil observar estas alterações; 27,78% (15) orientar e apoiar familiares, pois os mesmos estão muitas vezes com

medo e não sabem lidar com a situação, necessitam do atenção e apoio para cuidar deste cliente quando ele estiver em casa, pois os estigmas e preconceitos quanto ao mesmo é tamanho e o seu familiar fica com medo de expor-se; 9,26% (5) relata que seguir orientações médicas; 7,41% (4) cuidados gerais com maior atenção devido ao quadro do cliente psiquiátrico e dá sua imprevisibilidade; 5,56% (3) observar níveis de consciência que pode estar alterado devido a sua patologia ou por causa das medicações em uso e 11,12% (6) outros cuidados a serem prestados como manter acesso venoso pérvio, tratar com ética e dignidade, não sabem lidar com estes clientes e os cuidados dependem da emergência para lida-los.

Transmitir segurança, apoio e atenção ao cliente são muito importantes na psiquiatria, mas é difícil transmitir segurança, dar apoio e atenção sem termos empatia com o paciente. A falta de empatia na psiquiatria pode provocar algumas situações de agressividade, crise, violência, etc., segundo estudos de Del Prette e Del Prette (2003) “A violência e a agressividade envolvem déficit de empatia do agressor na medida em que, ao produzir intencionalmente dano ao outro, este não se sensibiliza nem reconhece o medo ou pavor desse outro.”

Ter cuidados com a contenção mecânica, pois devido ao quadro de crise aguda, muitas vezes o paciente psiquiátrico necessita de contenção devido a sua agressividade, mas esse deve ser o último recurso a ser utilizado, pois é considerado um procedimento de risco.

Portanto durante a contenção o paciente deve ter uma vigilância discreta e contínua e assim que possível à contenção deve ser retirada; isso é descrito por vários autores como citado a seguir:

“Sabe-se que a contenção mecânica é um procedimento utilizado hoje em clínica médica, com pacientes confusos e, na psiquiatria, com pacientes com alto risco para violência. Entende-se também que a restrição de movimentos e o isolamento são os últimos recursos para controlar condutas violentas – ameaçadoras e de alto risco para o paciente e a equipe médica –, mas há momentos em que são necessários” (RUIZ, 1999).

Quando se estabelece protocolos para esse tipo de procedimento, é possível reduzir o número de indicações, tempo de contenção e ter um registro da equipe que realizou tal procedimento, com a evolução do paciente pôr período devido ao riscos do procedimento (RANIERI, 1999).

A equipe de enfermagem jamais pode se esquecer que antes de pensar em contenção mecânica deve pensar em abordagem verbal que muitas vezes resolve o problema sem nenhuma necessidade de comportamentos violentos.

A intervenção verbal é muito importante na prevenção da contenção, ela é uma alternativa para evitar a restrição de movimentos, que deve sempre ser a última alternativa. Se a intervenção verbal não contém a agitação do paciente, estabelece-se então a contenção de fato, onde a equipe toma a decisão, estabelece o pessoal necessário, o tipo de contenção e que medidas devem ser tomadas para garantir a segurança da equipe e do paciente. (RUIZ, 1999)

Em relação a medicar conforme prescrição médica, cuidar da integridade física e local adequado calmo e tranqüilo, pois medicação que foi prescrita é muito importante, pois vai cuidar também da integridade física, infelizmente muitos pacientes que saem de alta hospitalar abandonam o tratamento medicamentoso.

A não-adesão ao tratamento medicamentoso pode ser uma das razões pelas quais medicamentos reconhecidamente eficazes sob condições controladas resultam inefetivos quando utilizados na prática clínica habitual. Estudos realizados em diversos países indicam que 50% a 60% dos pacientes que recebem uma prescrição não cumprem o tratamento estabelecido pelo médico, e muitos o interrompem quando se sentem melhores (ERAKER et al, 1984; BECKER, 1985; NYAZEMA et al, 1991).

Segundo os mesmos autores o abandono do tratamento medicamentoso após a alta, muitas vezes ocorre por falta de informação do paciente ou do seu cuidador a respeito da sua doença e da necessidade do tratamento.

A falta de informações a respeito da doença e do tratamento ou a não compreensão das informações recebidas dos profissionais da saúde podem ser determinantes para a não-adesão involuntária do paciente ao tratamento (ROIZBLATT et al, 1984).

A falta de informações relativas ao medicamento é um dos principais fatores responsáveis pelo uso em desacordo com a prescrição médica pôr 30% a 50% dos pacientes (KESSELER, 1991; FARLEY, 1995; MARWICK, 1997).

Quanto a observar alterações do comportamento, porque durante a entrada do paciente psiquiátrico no pronto socorro a primeira observação é fundamental, é através dela que vamos perceber todas as alterações do paciente naquele momento

e todas as suas necessidades biopsicossocial e espiritual. É através dessa observação que vamos perceber se o paciente apresenta algumas condições que podem colocar a sua vida em risco como: traumas, contusões, ferimentos, hipoglicemia, coma, intoxicações, psicoses, etc.

Muitos desses pacientes devido à emergência psiquiátrica podem ter o seu auto cuidado comprometido, tornando-se dependente, e é nesse momento que podem apresentar sentimentos como medo da incapacidade, frustração devido à perda da independência, sensação de terminalidade do processo de viver, etc. Tais reações podem vir associadas a algum comportamento como: isolamento social, negação da doença, dificuldades de adaptação ao tratamento, agressividade, agitação psicomotora, etc.

Tudo isso são alterações de comportamentos que têm que serem observadas, anotadas e discutida pela enfermagem e equipe multiprofissional, para que haja um trabalho em equipe tentando encontrar um tratamento digno ao paciente psiquiátrico.

O registro de uma pessoa ou prontuário constitui uma anotação escrita da história de sua saúde, seus problemas de saúde, das medidas preventivas, diagnósticas e terapêuticas criadas para ajudá-lo na atenção a suas necessidades de saúde e em sua resposta a essas medidas, enquanto permanecer como paciente neste serviço. Em outras palavras, constitui um registro dos acontecimentos que ocorrem durante o período de tempo em que esteja sendo assistido em um serviço (DU GAS, 1988).

Orientar e apoiar familiares devido o processo de desospitalização dos pacientes psiquiátricos, isso responsabiliza a família do portador de transtorno mental em cuidar do paciente. Diante dessa realidade essa família se desespera, pois a mesma não estava preparada em lidar com essa doença, a presença do doente mental em casa impõe exigências de cuidado, atenção e material que lhes são inexistentes nesse momento.

A equipe da enfermagem deve estar ciente que os familiares no momento da doença encontram-se com medo, ansiosos, angustiados, vulneráveis, desesperadas, muitos pôr não saber como lidar com essa doença, e com situações que surgem através dela, como discriminação, preconceito, isso sem contar que muitas famílias têm baixo recurso financeiro, como citado por OLIVEIRA (1995) abaixo:

“A pobreza torna as famílias vulneráveis em suas condições de vida em geral, apreender o impacto do diagnóstico de doença mental é uma tarefa complexa, pois, é impossível isolar o fenômeno, que, por si só, é complexo e multifacetado, visto que engloba a dimensão biológica, psicológica, social e econômica. Este diagnóstico no seio da família produz sentimentos de tristeza, angústia, medo, rejeição e desespero.”

Os acompanhantes dos pacientes psiquiátricos normalmente são os seus familiares, e eles são à base para uma transformação do comportamento inadequado do paciente psiquiátrico, eles são pessoas de extrema importância, são eles que acompanham os pacientes em domicílio e devem incentivar a continuação do tratamento do seu familiar, evitando assim automaticamente a sua reinternação hospitalar.

Quando temos familiares envolvidos, bem orientados, simplesmente não vendo no seu familiar um fardo que precisa ser carregado pelo resto da vida, vai ocorrer com certeza um número menor de abandono dos pacientes nos hospitais como relatado pelos funcionários. Infelizmente, a família do portador de transtorno mental é muito "estigmatizada".

Ao mesmo tempo no cotidiano, nos deparávamos com famílias fragilizadas, debilitadas, sobrecarregadas e cansadas sem alternativas ou recursos de apoio para questões que se apresentavam no seu dia a dia que é marcado por uma doença crônica que é muito estigmatizada pela nossa sociedade em geral.

Os familiares que estão nessa situação se vêem desassistidos, sem ter o que fazer, e diante dessa realidade se recusam a levar o paciente psiquiátrico para casa, sendo importante ressaltar que quando uma família se recusa em levar o doente mental para casa é porque ela já foi abandonada pelo Estado, pela falta de programas assistenciais que lhes garantam seus direitos.

A desospitalização tem provocado a desassistência e o desamparo do doente mental. O cuidado da família não envolve somente amor, mas sim condições materiais adequados e concretos para atuar no cuidado ao doente mental.

A importância da família no processo da desinstitucionalização, e a importância da orientação dessa família, pois segundo Gonçalves et al (2003) atualmente se preconiza que a família pode e deve ser a principal aliada no processo de desinstitucionalização, cuja prioridade é ajudar o indivíduo com

transtorno mental severo a desenvolver suas potencialidades e fortificar suas relações sociais. Para isso, se faz necessária intervenção junto às famílias que busque lhes fornecer informações sobre a doença, propicie apoio psicológico, favoreça a criação e fortificação de sua teia social de convívio e apoio. E principalmente, instrua-as para que sejam formadoras de idéias sobre suas necessidades e dificuldades, encontrando assim o equilíbrio cotidiano.

Segundo Fonseca (2002) nos fala que “o Estado e a sociedade têm exigido das unidades familiares uma considerável responsabilidade pela provisão de bem-estar a seus integrantes, sem a contrapartida de efetiva oferta dos recursos pública facilitadores”.

Para Saraceno (2001) “Os encargos que recaem sobre a família vão desde as dificuldades econômicas até as reações emocionais à doença, ao estresse em face ao comportamento perturbado e ao comprometimento da rotina doméstica e restrição das atividades sociais”

Portanto a equipe de enfermagem tem a obrigação de orientar o paciente e o familiar sobre sua doença, seu tratamento e também sobre as condições existentes no estado que possam ajudar o paciente e família a lidar com essa doença.

Quando existem pacientes bem orientados, uma família presente e bem orientada, com mínimas condições financeiras, mas que seguem o tratamento corretamente, conseqüentemente ocorre uma diminuição da reinternação hospitalar e a cronicidade da doença, onde os pacientes podem ser inseridos na sociedade, não sendo impedidos de trabalhar e ter uma vida comum como qualquer pessoa.

Segundo Waidman (1998) a família é fundamental na manutenção do doente fora da instituição psiquiátrica. Para Gonçalves et al (2003) isto reforça a idéia da necessidade dela ser preparada e apoiada pelos profissionais de saúde da área de saúde mental – em particular o enfermeiro – com vistas ao seu convívio com o portador de transtorno mental.

As formas de intervenção na família devem ser: educacionais designadas fundamentalmente para prover informações, intervenções no treinamento para desenvolver as habilidades básicas, intervenções de suporte, designadas para aumentar a capacidade emocional da família para enfrentar o estresse, intervenções compreensivas que incorporam informação, treinamento de habilidades e suporte em intervenções particulares (CAVALHERI, 2003).

Segundo Gonçalves et al (2003) a uma necessidade de intervenções também de caráter socializantes, que visem fortalecer as redes sociais deste grupo familiar, a fim de ele encontrar no próprio território/comunidade apoio para o enfrentamento dos desafios diários.

As orientações médicas são importantes para a enfermagem seguir as orientações médicas prescritas, com uso adequado de medicações e orientações ao paciente e ao seu familiar, para assim conseguirmos os efeitos terapêuticos que são desejados, como citado a seguir:

O uso inadequado de medicamentos e a falta de informação a respeito da patologia são problemas de grande magnitude, que torna necessário o desenvolvimento de programas que permitem controlar a farmacoterapia, através de acompanhamento dos tratamentos farmacológicos dos pacientes, com o objetivo de garantir que os medicamentos façam os efeitos terapêuticos esperados pelo médico ao prescrevê-los (COSTA, 2006).

Os cuidados gerais com maior atenção devido ao quadro do cliente psiquiátrico e dá sua imprevisibilidade devido o paciente psiquiátrico é imprevisível em suas atitudes, gestos e em seu comportamento, e isso desgasta a sua família que fica “acuada” em muitas situações.

A sua patologia, ou a uso de medicações, ou ao uso de bebidas alcoólicas associadas a medicamentos, ou ao uso de drogas em gerais, o paciente psiquiátrico pode apresentar alterações de comportamento como: agitação psicomotora, isolamento social, depressão, agressividade, euforia, incoordenação motora, raciocínio diminuído, instabilidade emocional, incapacidade de julgamento, rebaixamento do nível de consciência, etc.

A imprevisibilidade das atitudes do doente mental gera muitas incertezas e dúvidas é o comportamento imprevisível do doente mental que debilita as expectativas sociais e origina incerteza e insegurança nos seus familiares (OLIVEIRA, 1998).

Segundo Vasconcellos (2000) é importante ressaltar que o transtorno mental implica numa sobrecarga emocional e temporal pôr exigir da família de seu portador maior dedicação, tendo em vista que, nas crises, ele precisa ser cuidado e vigiado em função do risco de alta agressão, como também de heteroagressão. A doença

mental também traz a família o estigma da doença, já que é associada à imprevisibilidade de ações e a conduta perigosa, em decorrência disso o portador é discriminado socialmente.

A observar níveis de consciência pela equipe de enfermagem deve estar ciente que o exame do nível de consciência é muito importante, é através dele que vamos observar se o paciente esta ou não com o nível de consciência alterado. O nível de consciência alterado pode ser devido a sua patologia, traumas, medicações em uso, doenças neurológicas ou uso de álcool ou drogas.

Consciência é um estado de perfeito conhecimento de si próprio e do meio ambiente. Existem dois componentes da consciência a serem analisados. Primeiro o nível de consciência, que corresponde ao grau de alerta que um indivíduo apresenta. Este vai desde a normalidade (vigília), passando por situações intermediárias como sonolência, estupor, torpor até o coma, o qual configura uma diminuição extrema da consciência (GATAZ, 1997).

Os demais cuidados a serem prestados como manter acesso venoso pérvio, tratar com ética e dignidade, não sabem lidar com estes clientes e os cuidados dependem da emergência, onde a enfermagem é uma profissão de ajuda, que cuida, e é complexa e multifacetada e o cuidar é considerado como central para a Enfermagem, além de ser um imperativo moral, pessoal e comum a todos os seres humanos, é também um imperativo moral profissional, não negociável (BRYKCYNSKA, 1997).

Os cuidados de enfermagem, com seus procedimentos técnicos e burocráticos se tornam indispensáveis no desenvolvimento das atividades cotidianas da equipe, se forem executados sob o paradigma de que este paciente é portador de um sofrimento psíquico e que deve ser atendido nas suas necessidades psicossociais, eles se tornam instrumentos de aproximação e não distanciamento entre estes pacientes a equipe e seu familiar (CORREIA, 2002).

O cuidado na enfermagem na psiquiátrica vem se modificando, com o passar das décadas, pois a enfermagem sentiu a necessidade de ficar mais próximo do paciente e familiar, estar com o outro, em uma relação interpessoal mais intensa e terapêutica.

Os elementos que descrevem a prática da Enfermagem são, portanto, constituintes de um processo específico de trabalho, o qual demanda, de acordo

com Christensen e Kenney (1990), Iyer et al (1993), Cox et al (1993), Collier et al (1996), Creasia (1996). Habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas além de conhecimento e perícia no uso das técnicas de resolução de problemas e liderança na implantação do plano de intervenção (KRON; GRAY, 1994).

Essas habilidades e capacidades ajudam a determinar o que deve ser feito, porque deve ser feito, para quem deve ser feito, por quem deve ser feito, como deve ser feito, com o que deve ser feito e que resultados são esperados com a execução da ação/intervenção de enfermagem.

Das necessidades da enfermagem para prestar o cuidado ao doente mental e segundo os funcionários a assistência de enfermagem iria melhorar se essas necessidades fossem atendidas, vamos discutir a seguir, através de dados científicos sobre a importância dessas necessidades.

Podemos ver que quando questionados sobre as necessidades de enfermagem utilizadas no cuidado a serem prestados ao doente mental do Pronto Socorro do Hospital Universitário, os funcionários da equipe de enfermagem do pronto socorro listam alguns relatos que no momento para eles são considerados importantes e que são descritos na tabela 06 a seguir:

Tabela 06: Distribuição das necessidades da Enfermagem utilizadas no cuidado a ser prestadas ao doente mental do Pronto Socorro do Hospital Universitário – HU, São Paulo – 2007.

Necessidades da Enfermagem	Freqüência	%
Local e material adequado	21	38,89
Cursos e Treinamentos	18	33,34
Médicos especializados	13	24,07
Conhecimento	13	24,07
Pessoal qualificado	09	16,67
Número de funcionários adequado	09	16,67
Controle emocional	09	16,67
Gostar de atuar na área	05	9,26
Ser Profissional	04	7,41
Comunicação	04	7,41
Atuação em equipe	02	3,70
Protocolo para atendimento	01	1,85

As necessidades de enfermagem utilizadas no cuidado a ser prestado ao doente mental do Pronto Socorro do Hospital Universitário são: 38,89% (21) local e

material adequado; 33,34% (18) cursos e treinamentos; 24,07% (13) médicos especializados e conhecimento, pois não possuem médicos especialistas e se todos conhecessem as patologias e cuidados necessários para tratamento do cliente psiquiatra o cuidado seria mais bem prestado; 16,67% (9) dizem que o cuidado melhoraria se fossem qualificados devido à falta de conhecimento da patologia e como cuidar destes clientes, e se existissem maior número de funcionários junto com controle emocional, pois se não estamos bem emocionalmente não temos como cuidar destes pacientes e seus familiares; para 9,26% (5) devemos gostar de atuar na área; 7,41% (4) ser profissional e ter comunicação entre a equipe / paciente / familiar; além de 3,70% (2) ter atuação em equipe e 1,85% (1) criar protocolo para o atendimento deste cliente.

Um local e material adequado para o desenvolvimento do seu trabalho é fundamental para a atuação da enfermagem, este local adequado deve ser calmo, tranqüilo, para não expor o paciente e conseguir mantê-lo calmo.

O pronto socorro é um local onde acontecem emergências o tempo todo, portanto o mais breve possível devemos transportar o paciente para um local calmo, sem ruídos, com conforto, onde o mesmo se sinta bem e jamais deixá-lo exposto aos demais pacientes. Um local onde o profissional possa estabelecer um diálogo com o paciente e familiar, e é importante também que esse local seja próximo, onde a equipe de enfermagem possa fazer uma supervisão contínua e constante ao paciente.

A questão do espaço físico para o atendimento ao doente mental também é debatida com a população do estudo e os indivíduos que prestam assistência demonstram total impotência, diante da situação em que tem que atuar.

A falta no pronto socorro da existência de um local calmo e tranqüilo para atendimento e contenção dos pacientes psiquiátricos, que estão em surto psicótico agudo, em situações de agressividade intensa, impedindo assim a exposição deste paciente frente aos demais, deixa a equipe de enfermagem e a multiprofissional vulnerável e com dificuldades em prestar uma assistência de enfermagem adequada.

Segundo Grizenko e Fisher (1992) o fato de trabalharmos em locais inadequados a esses pacientes pode fazer surgir outro problema como um fator de risco de agravo da saúde, como citado abaixo:

Fator de risco é definido como um elemento que, quando presente, determina um aumento da probabilidade de surgimento de problemas. Pode também ser definido como um fator que aumenta a vulnerabilidade de uma pessoa ou grupo em desenvolver determinada doença ou agravo à saúde.

Segundo Amarante (1995) antigamente existiam denúncias de maus tratos e violências durante o tratamento dos doentes mentais, falta de recursos financeiros e más condições de trabalho, porém com a vinda da Reforma psiquiátrica na década de 70, a situação esta se modificando, começaram a surgir novas tecnologias, mudanças de hábito, mudanças culturais e uma nova ética na assistência ao doente mental.

Com essas mudanças começaram a surgir materiais especializados para o tratamento do doente mental, como as faixas de contenção, porém o enfermeiro deve estar ciente que este procedimento deve ser adotado para garantir a proteção e segurança do próprio paciente, da equipe multiprofissional e dos demais usuários, jamais deve ser utilizada como forma de punição aos pacientes ou para conforto da equipe multiprofissional.

É fundamental nessas ocasiões darmos importância a situações que trazem risco ao paciente, a equipe e as outras pessoas a sua volta, nunca negligenciar sua própria segurança e a segurança dos demais funcionários e pacientes.

Caso isso ocorra deve ser usada a contenção mecânica desse paciente de imediato, com faixas de contenção que devem ser de material resistente e firme.

O ambiente deve ser tranquilo e silencioso para que os ruídos não interfiram na comunicação. Dentro do possível deve ser confortável, com cadeiras da mesma altura, bem iluminado, e de preferência sem nenhuma barreira entre o médico e o paciente. É importante que não ocorram interrupções como telefone, celular, ou por recepcionistas, pessoal para-médico, ou mesmo por colegas. Deve haver um sistema eficiente de sinalização de que está em curso uma entrevista para que não possa ser interrompida. O tempo destinado ao paciente é sagrado, e é um direito seu ter toda a atenção do médico só para si. Diante de uma interrupção inevitável que seja o mais breve possível, desculpando-se pelo ocorrido (CORDIOLI, 2005).

Ainda segundo o mesmo autor a entrevista deve ocorrer num ambiente que propicie total privacidade, e que impeça que o que está sendo falado seja ouvido por outras pessoas. Se a entrevista irá ocorrer numa enfermaria tentar realizá-la numa sala onde possa estar a sós com o paciente. Se for à beira do leito, isolar o ambiente com cortinas. Nesta circunstância usualmente a entrevista é mais curta.

Todo procedimento de contenção do paciente psiquiátrico deve ser muito bem relatado e justificado no prontuário do paciente com todos os dados relativos a horário da contenção, qual a equipe que executou o procedimento e acompanhamento do paciente e também sobre os motivos que obrigaram a equipe a realizar a contenção do paciente. A equipe de enfermagem, jamais deve utilizar juntos a contenção mecânica e o isolamento do paciente.

Quanto aos cursos e treinamentos os profissionais de enfermagem devem ser capacitados conhecer e compreender as patologias e os procedimentos, apoiar os familiares, isso com certeza ajudará na realização de qualquer procedimento, bem como ter acesso aos materiais e recursos adequados para a realização da contenção mecânica, com segurança para o usuário e equipe.

A importância do conhecimento científico é relatada nos estudos dos autores abaixo:

Segundo Ingersoll (2000) a enfermagem baseada em evidências é definida como o uso consciencioso, explícito e criterioso de informações derivadas de teorias, pesquisas para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado a indivíduos ou grupo de pacientes, levando em consideração as necessidades individuais e preferências.

Segundo Stetler et al (1998) a evidência é caracterizada como alguma coisa que fornece provas para a tomada de decisão, abrange resultados de pesquisas, bem como consenso de especialistas reconhecidos; dentro de uma organização onde deve ser incluído fatos ou dados oriundos do trabalho desenvolvido.

Ter médicos especializados e com conhecimento, pois o hospital não possuem médicos especialistas existe muita dificuldade em todas as noites encaminhar os pacientes ao Pronto Socorro da Lapa para avaliação psiquiatra.

A prática médica muitas vezes se complica os médicos de plantão não fazem avaliação psiquiátrica e isso causa transtornos na unidade da emergência que muitas vezes esta superlotada, podendo ainda ocorrer falta de funcionário no setor que sai para a avaliação psiquiátrica, custos de transportes dos pacientes, etc. Isso é citado também no estudo abaixo de Campos et al (1997):

Observa-se, por parte dos novos especialistas, a perda de habilidades médicas básicas. Cirurgiões descuidam da clínica, clínicos da dinâmica psíquica dos seus pacientes, cardiologistas

ignoram a pneumologia básica e assim sucessivamente. Desta forma, a prática médica se complica sem que ocorra, proporcionalmente, melhoria da eficácia ou diminuição de custos.

Os funcionários dizem que o cuidado melhoraria se fossem qualificados, isso devido à falta de conhecimento da patologia e de saber como cuidar destes clientes, e se existisse um maior número de funcionários com controle emocional para cuidar dos doentes mentais;

O funcionário que não está bem emocionalmente não tem condições de cuidar destes pacientes e dos seus familiares, pois trabalhar na psiquiatria é trabalhar com o inesperado, isso traz muita tensão e insegurança na equipe de enfermagem.

Só o conhecimento científico vai trazer confiança a essa equipe, a falta de conhecimento, e a imprevisibilidade causam vulnerabilidade na equipe que apresenta então sentimentos de hostilidade, raiva, alternando com sentimentos de pena, impotência e fracasso profissional, por não conseguir tratar, assistir a esse paciente e a cura da sua doença.

Infelizmente devido a essas dificuldades encontradas, ocorre o estresse profissional no funcionário causado pela permanência em uma situação na qual não reconhece a relevância da situação, e isso leva o indivíduo a adoecer, quando então começa a ausentar-se do serviço, muitas vezes deixando o setor com um número reduzido de profissionais no plantão.

A constante frustração do desejo e a impossibilidade de criar podem fragilizar o funcionário física e mentalmente, onde o mesmo apresenta queixas subjetivas que causam impacto sobre o corpo biológico, psíquico e social. Algumas frustrações, entretanto, podem originar o desejo do funcionário em superar o obstáculo surgido, fazendo com que a estranheza da vivência de sofrimento angustiante se reverta numa produção criativa e geradora de prazer.

Dejours et al (1993) descreve abaixo sobre o perigo do desejo impossível como podemos ver a seguir:

“A saúde mental não é, seguramente, a ausência de angústia, nem o conforto constante e uniforme. A saúde é a existência da esperança, das metas, dos objetivos, que podem ser elaborados. É quando há o desejo. O que faz as pessoas viverem é o desejo e não só as satisfações. O verdadeiro perigo é quando o desejo não é mais possível. Surge então o espectro da depressão, ou perda do clã. A

psicossomática mostra que essa situação é perigosa, não somente para o funcionamento psíquico, mas também para o corpo: quando alguém está em um estado depressivo, seu corpo se defende menos satisfatoriamente e ele facilmente fica doente".

Sobre gostar de atuar na área antigamente segundo Miranda (1994) os requisitos para se ingressar na profissão de Enfermagem distanciavam-se muito de parâmetros acerca da competência e de outros critérios técnicos, tendo como elementos essenciais a força física, a capacidade de dar ordens e de vigiar.

Atualmente os alunos que vão para a profissão de enfermagem vão por diversos motivos que são descritos a seguir:

Para Zanei (1995) dos diversos motivos que levam os trabalhadores em enfermagem a optar pela graduação, destacam-se os seguintes: é um curso menos seletivo, permite a ascensão profissional, melhora o conhecimento científico e, conseqüentemente, possibilita mudar de status dentro da equipe. Apesar de todos os problemas enfrentados, estes estudantes não desistiram de graduar-se. Por isso é desafiador e estimulante descobrir a razão da persistência destes alunos em perseguir esta meta.

De acordo com Silva (1996) a escolha de uma profissão é definida pela ascendência histórica do indivíduo, isto é, ao optar por uma determinada profissão ele sofre influência das experiências que teve ao longo da sua vida, de fatores internos e externos, dos familiares e do mercado de trabalho no qual está inserido. Isto inclui sua capacidade de lidar com frustrações e conflitos, e também seus valores éticos.

Ser profissional e ter comunicação entre a equipe / paciente / familiar, pois ser profissional é você procurar na enfermagem a simples oportunidade de servir e cuidar do paciente, do seu familiar e do cuidador, essa é uma forma nobre de evolução pessoal humana, de saúde física e mental.

Aí esta a importância da valorização dos grandes líderes, ou seja, aqueles que conseguem fazer as pessoas colaborarem e não aqueles que conseguem o máximo de serviço em curto espaço de tempo, sem comunicação e muito menos sem relacionamento interpessoal.

Abaixo a citação de alguns estudos sobre a importância da comunicação:

A comunicação é fundamental na enfermagem. A Enfermagem é a arte e a ciência do cuidar, cuidar de pessoas! E para que isso seja

viável é necessário um processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado, é necessária troca de informações e de sentimentos entre essas pessoas (ZINN, 2003).

A comunicação destaca-se como o principal instrumento para que a interação e a troca aconteçam e, conseqüentemente, o processo de cuidar, no seu sentido mais amplo, tenha espaço para acontecer; afinal, "os componentes da comunicação formam o clima e a nutrição para a compreensão (MENDES, 1994).

Existem outras formas de comunicação que sempre precisam ser melhoradas pela enfermagem, sendo essa uma forma de mudança de comportamentos e atitudes consideradas negativas, isso é citado por Silva (1998):

A qualidade em comunicação vai muito além de palavras, é preciso ter satisfação pessoal para que se consiga desenvolver um bom trabalho coletivo, é preciso também aprender a estar com pessoas e a prestar mais atenção nelas, pois somos aquilo que somos capazes de expressar. E enfatizo também a importância da comunicação como um todo, principalmente o modo não verbal e não apenas o verbal de se comunicar.

Ainda segundo o mesmo autor devemos ter a consciência que o ser humano se comunica através da linguagem universal, ele não precisa necessariamente da fala, ou melhor, da linguagem oral, o seu corpo está se comunicando a todo o momento, demonstrando sempre o que sentimos.

A atuação e união da equipe é muito importante na enfermagem, é ela que vai trazer mudanças relevantes na evolução da Enfermagem e ampliação do campo de atuação do enfermeiro.

Há atualmente muita competição entre os profissionais e uma luta para galgar posto, isso causa conflitos na enfermagem e desunião na equipe de enfermagem.

Segundo Mallory (1997) em todos os trabalhos existem conflitos, no entanto no momento do conflito temos que aprender a administrá-los da melhor maneira possível e cita: "Se você aprender a administrar o conflito, ao invés de deixar administrar você, irá descobrir novas idéias e novas soluções para os problemas e aprender muito sobre você no processo".

Muitas necessidades podem ser supridas ou minimizadas através de melhorias ou até mesmo a criação de um protocolo de atendimento como foi sugerido por um dos funcionários da equipe de enfermagem. A importância da

reorganização do serviço e da criação de protocolos de atendimento pode ser visto a seguir:

Segundo Rocha (1994), Kirschbaum (1996) as mudanças no campo da assistência à saúde mental, ocorridas no Brasil a partir dos anos 80, seguindo o modelo de Reforma Psiquiátrica, trouxeram a necessidade de reorganizar os serviços, criar novas modalidades de atendimento terapêutico e reformular o modo de organização do trabalho nas equipes existentes nos serviços, com a finalidade de se constituírem equipes interdisciplinares, onde os agentes de enfermagem pudessem assumir um caráter terapêutico em sua atuação, superando uma prática marcada pelo modelo controlador e repressor, que caracterizava o trabalho de enfermagem em psiquiatria desde seus primórdios.

Segundo Feriotti (1995) quando se considera que a doença mental não tem uma causa única, mas é determinada por diversos fatores que o saber médico, da forma como é instituído, não consegue intervir de forma satisfatória, percebe-se a importância de se organizar uma equipe com diversos profissionais que não estejam subordinados à hegemonia do saber médico. Divide-se a organização do saber considerando o grau de coordenação, cooperação e intensidade da troca entre os especialistas:

Para Almeida (1997) a distribuição de saber determina uma forma de organização da equipe, de modo a atender às necessidades levantadas no atendimento do usuário. Deste modo, agrupamos a forma de organização de equipe segundo a visão que adota-se de interação entre disciplinas e entendida por nós como o saber, ou seja, apropriação de um conhecimento, específico de cada área. Seguindo o referido modelo, conceituamos as equipes multiprofissionais dos serviços pesquisados em multidisciplinares e interdisciplinares.

Na tabela 07 podemos ver a opinião dos funcionários referente ao preparo acadêmico recebido para atuar com esta população, onde temos: 46,30% (25) concordam que foi um bom preparo e o mesmo percentual acha que foi um preparo insuficiente; e apenas 7,40% (4) dizem que o preparo foi muito bom.

Tabela 07: Distribuição da opinião dos funcionários sobre o preparo acadêmico para o atendimento ao paciente psiquiatra do Pronto Socorro do Hospital Universitário – HU, São Paulo – 2007.

Preparo Acadêmico	Freqüência	%
Muito bom	4	7,40
Bom	25	46,30
Insuficiente	25	46,30

Total	54	100,00
-------	----	--------

Nessa tabela notamos que apenas 7,40% dos funcionários declararam que o seu preparo acadêmico foi muito bom, esse é um sinal de muitas dúvidas sobre o assunto.

Com este preparo entramos na questão anterior onde temos relatos dos que referem à necessidade de existirem treinamentos sobre como cuidar deste pacientes, conhecimento de sua patologia e das técnicas de psiquiatria.

O preconceito existente na sociedade leva conseqüentemente ao medo de cuidar, devido a sintomas como a agressividade. Infelizmente, as escolas de enfermagem e medicina, devem preparar o aluno com teoria e técnica, mas jamais se esquecer do seu lado emocional, esse é um dos relatos dos funcionários na tabela 06 e é justificado aqui pelo questionamento da falta de preparo.

Percebem-se também dúvidas técnicas entre os funcionários que referem desconhecer a patologia e nem saber lidar com essa doença como foi citado na tabela 6, mas isso é facilmente resolvido com cursos e treinamentos administrados na unidade. Isso é relatado por Bernieri e Hirdes (2007) onde “as escolas de enfermagem e medicina devem preparar os profissionais não só tecnicamente, mas sim para que, além de serem tecnicamente competentes, sejam capazes de lidar com seus próprios sentimentos e usá-los de modo deliberado e humanamente sofisticados.”

Quanto à opinião dos funcionários referente o grau de dificuldade ao atendimento do paciente psiquiatra é demonstrado na tabela 08, onde temos: 44,45% (24) que acham um grau alto; 40,74% (22) um grau médio; e 14,81% (8) um grau pequeno.

Tabela 08: Distribuição da opinião dos funcionários sobre o grau de dificuldade do atendimento ao paciente psiquiatra do Pronto Socorro do Hospital Universitário HU São Paulo – 2007.

Grau de Dificuldade	Freqüência	%
Pequeno	8	14,81
Médio	22	40,74
Alto	24	44,45
Total	54	100,00

Nessa tabela descrita acima, 44,45% dos funcionários acham um grau alto de dificuldades durante o atendimento ao doente mental.

O que leva o atendimento ao doente mental a ter um grau alto de dificuldade, será relatado na tabela das dificuldades encontradas durante o atendimento.

A realidade do atendimento ao paciente psiquiatra no Pronto Socorro do Hospital Universitário para os funcionários esta: 62,96% (34) distante do ideal; 20,37% (11) próximo ao ideal; 9,26% (5) atingindo o ideal e 7,41% (4) muito distante do ideal. Tudo isso pode ser visto na tabela 09.

Tabela 09: Distribuição da opinião dos funcionários sobre a realidade do atendimento ao paciente psiquiatra do Pronto Socorro do Hospital Universitário – HU, São Paulo - 2007

Opinião	Freqüência	%
Atingindo o ideal	5	9,26
Próximo ao ideal	11	20,37
Distante do ideal	34	62,96
Muito distante do ideal	4	7,41
Total	54	100,00

Muitos dos funcionários relatam estas dificuldades devido a quesitos que serão demonstrados posteriormente, mas o importante é termos a certeza que 62,96% dos funcionários acha que podemos melhorar durante esse atendimento, isso esta descrito na tabela a seguir:

Os profissionais listaram o que ajuda no atendimento ao cliente psiquiatras que são bem diversificados como podemos ver na tabela 10, onde temos: 33,33% (18) serem mais preparados, onde referem à importância de cursos e treinamentos para o cuidado destes clientes, sendo que muitos referem ter um conhecimento básico insuficiente; 31,48% (17) matérias adequados; para serem utilizados durante a contenção mecânica ao doente mental quando necessário, isto é em casos de agitação psicomotora; 27,78% (15) envolvimento da equipe multidisciplinar, pois com a união de todos os profissionais o cuidado é mais humanizado e muito melhor prestado; 24,07 (13) que relatam trabalho em equipe, aqui falam sobre a união da equipe como um fator importante; 20,37% (11) serem mais preparados na técnica, teoria científica e emocionalmente; 14,81% (8) relatam que nada ajuda no cuidado a estes pacientes, isso devido às dificuldades existentes em cuidar do mesmo, além dos estigmas, preconceitos e discriminações que os cercam; 12,96% (7) ter boa

vontade em assumir o tratamento, pois com todas as dificuldades previstas e imprevistas é um tratamento; 11,11% (6) um local adequado, calmo e tranqüilo, onde o paciente não fique exposto aos demais pacientes; 9,26% (5) médicos especialistas em psiquiatria, devido ao fato do pronto socorro do hospital universitário não tê-los; 7,41% (4) hospitais de referência para encaminhar essa demanda, visto que só temos um pronto socorro que é o da Lapa, além da colaboração do familiar no tratamento do paciente; 3,70% (2) maior número de funcionários no setor, isso devido às faltas, licenças médicas e funcionários que se aposentaram e o quadro não foi repostos; e 1,85% (1) menos internação, restrição e sedação, isso devido ao fato do hospital não ter um setor específico de psiquiatria, acham que o paciente deve ficar o mínimo de tempo possível no hospital sem que atrapalhe o seu tratamento e que a restrição e a sedação ajudariam em casos de agitação psicomotora;

Tabela 10: Distribuição da opinião dos funcionários sobre o que ajuda no atendimento ao paciente psiquiatra do Pronto Socorro do Hospital Universitário – HU, São Paulo - 2007

Ajuda	Freqüência	%
Ser mais preparado	18	33,33
Materiais adequados	17	31,48
Envolvimento da equipe multidisciplinar	15	27,78
Trabalho em equipe	13	24,07
Nada ajuda	8	14,81
Boa vontade	7	12,96
Local adequado	6	11,11
Médicos especialistas	5	9,26
Hospital de referência	4	7,41
Colaboração do familiar	4	7,41
Maior número de funcionários	2	3,70
Menos internação	1	1,85
Restrição e sedação	1	1,85

Muitos dos itens acima já foram discutidos nas tabelas anteriores, só vou discutir aqueles que ainda não foram discutidos como: hospital de referência, colaboração do familiar, maior número de funcionários e sedação do paciente.

O Hospital Universitário da USP têm um hospital de referência que é o Pronto Socorro da Lapa, que infelizmente muitas vezes o mesmo se recusa a atender os nossos pacientes, referindo falta de médicos e falta de vagas para internação no setor.

Isso ocorre provavelmente devido a crise de saúde na prefeitura de São Paulo segundo o jornal O Estado de São Paulo de 09/10/2007 a seguir “a falta de médicos na rede pública municipal de saúde pode comprometer um dos principais projetos do governo Gilberto Kassab: o da instalação de mais de cem unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) até dezembro, para atender aos casos menos complexos. Nos últimos três anos, deixaram os postos de saúde 555 médicos, sem que a Prefeitura conseguisse fazer a reposição desses profissionais. Recentemente, foi aberto concurso para o preenchimento de cerca de 700 vagas, mas apenas 70 interessados se inscreveram.”

Quanto à colaboração dos familiares, a enfermagem deve refletir de como esta se sentindo esse familiar com o seu membro da família no setor da emergência, são vários sentimentos, como ansiedades, angustias, medo, e uma sobrecarga familiar que causa transtornos a essa família.

Segundo Koga (1997) fala sobre as sobrecargas da família onde há três sobrecargas que são impostas sobre a família na convivência com o doente mental: a sobrecarga financeira, a das rotinas familiares e aquela em forma de doença física ou emocional.

O envolvimento do familiar na doença é muito importante, pois é ele que mora com o paciente, portanto essa família tem que estar preparada para lidar com essa doença e com o paciente em seu domicílio. Na atual política de saúde mental, que visa a desinstitucionalizar o doente mental, os profissionais têm tentado envolver a família no seu tratamento, pois vários autores, como Bandeira (1994), Koga (1997), Waidman (1998) e Montagna et al. (1985), referem que somente assim é possível manter o doente desinstitucionalizado, já que, sem o preparo e acompanhamento, a família não tem infra-estrutura necessária para manter o doente mental no domicílio.

É complicado mandarmos um paciente de alta hospitalar sem que o mesmo tenha uma estrutura familiar que o acompanhe, isso provavelmente vai causar a sua reinternação hospitalar, isso é citado por Morgado e Lima (1994) “Seria catastrófico enviar pacientes para casa, ou seja, para fora do hospital, sem implantar uma infra-estrutura na comunidade e ao mesmo tempo dar suporte às famílias.”

É difícil uma colaboração de uma família que desconhece a doença mental, seus sinais, sintomas, necessidade de tratamento, etc., aí a importância da enfermagem em orientar esses familiares, isso é descrito abaixo no trabalho de Bandeira (1993):

Percebemos que, além de não saberem o nome da doença, desconhecem sua etiologia e tentam buscar a compreensão através de realização de exames como eletroencefalografia, RX e outros, pois acreditam que a doença mental pode ser diagnosticada por exames. Isto não é verdadeiro, pois o diagnóstico da doença mental se dá através da clínica, e não através de exames laboratoriais. Coloca também que, para que o movimento de desinstitucionalização do doente mental aconteça, é preciso que os serviços ofereçam atendimento que envolvam a família, orientando-a sobre a doença, pois somente com apoio a família consegue-se manter o doente mental desinstitucionalizado.

Quanto a um maior número de funcionários para a emergência, atualmente temos um quadro de funcionários com licenças médicas por tempo indeterminado que não é repostado, e também temos um número de funcionários que se aposentaram e não foi repostado e nem substituído, pois isso depende de concursos públicos.

Para a sedação do paciente os profissionais da saúde têm se mostrado preocupados com a utilização de qualquer forma de contenção, que, se realizada sem critério e sem acompanhamento médico e da enfermagem, pode causar sérios prejuízos podendo levar a irremediáveis conseqüências.

Porém, quando utilizada de modo responsável, sendo continuamente supervisionada e monitorada por profissionais qualificados ela é de fundamental importância, pois existem situações em que não é possível garantir a segurança de um indivíduo sem que essas medidas restritivas que envolvem riscos sejam tomadas.

Muitos hospitais se recusam a desenvolver um protocolo de atendimento a esses pacientes devido aos riscos que envolvem esses procedimentos, como citado abaixo por Santiero (2004):

É devido ao risco, e também a implicações éticas e psicológicas, que há resistência na institucionalização de tais procedimentos. No entanto, a ausência de regulamentação para tais procedimentos perpetua o despreparo das instituições não-hospitalares. Tais instituições são hoje uma das poucas alternativas de tratamento desta clientela, ao lado dos hospitais psiquiátricos, que são ambientes comparativamente muito mais restritivos.

A Contenção química é uma medicação administrada com propósito de contenção, isto é, com o objetivo de controlar, de imediato, a crise comportamental severa. Analisando os riscos envolvidos e o nível de restritividade conclui-se que a química é a forma mais invasiva e arriscada, devendo, portanto, ser limitada a situações onde haja supervisão médica direta.

A enfermagem tem que ficar muito atenta durante a administração desses medicamentos, a maior parte dos pacientes psiquiátricos costuma não querer utilizar a medicação, jogam fora escondido, etc., e muitas vezes são prejudicados devido à falta da medicação. Isso é descrito no trabalho de Marcolan e Urasaki (1998) citado abaixo:

A administração de medicamentos a doentes mentais pode requerer "cuidados" especiais. Alguns problemas são muito comuns em unidades psiquiátricas, como por exemplo: pacientes que com frequência recusam a medicação, outros que fingem aceitar e depois jogam fora, os que acumulam comprimidos para tomarem de uma só vez, os que solicitam e insistem por doses mais altas etc.

O que dificulta o atendimento ao paciente psiquiatra é demonstrado na tabela 11, sendo que 50,00% (27) reclamam da falta de estrutura do pronto socorro em atender estes clientes; 37,03% (20) dizem serem médicos inseguros por não serem psiquiatras e desta forma não estão preparados para cuidar destes pacientes; 16,67% (9) o número de profissional insuficiente; 9,26% (5) falta de hospital de referência acabando os clientes procurando os hospitais gerais, onde estes não conhecem a lei que foi promulgada para cuidar destes pacientes em locais como CAPS, NAPS, ambulatórios entre outros locais e não em hospitais, com internação para poderem viver uma vida digna e mais sociável possível e quando realmente necessitarem procurarem um pronto socorro geral; 7,41% (4) falta de matérias, principalmente contenções adequadas, pois quando não são adequadas podem machucar e trazer transtornos aos pacientes; 5,56% (3) falta de compreensão / preconceito que existe com estes clientes e seus familiares e comportamento dos clientes quando em surto ficam na maioria das vezes agressivos; 3,70% (2) falta de conhecimento dos familiares sobre a patologia e como cuidar destes clientes e falta de ajuda dos segurança; ainda temos como dificuldades; e 1,85% (1) falta de tempo devido o grande número de pacientes que passam pelo pronto socorro,

desconhecimento legal e outros clientes e acompanhantes que ficam observando e não sabem lidar com estas situações, piorando ainda mais com o preconceito deles.

Tabela 11: Distribuição da opinião dos funcionários sobre o que dificulta no atendimento ao paciente psiquiatra do Pronto Socorro do Hospital Universitário – HU, São Paulo - 2007

Dificulta	Freqüência	%
Falta de estrutura do pronto socorro	27	50,00
Médicos inseguros	20	37,03
Profissionais mal preparados	20	37,03
Número de profissional insuficiente	9	16,67
Falta de hospital de referência	5	9,26
Falta de materiais	4	7,41
Falta de compreensão/preconceito	3	5,56
Comportamento do cliente	3	5,56
Falta de conhecimento dos familiares	2	3,70
Falta de ajuda dos seguranças	2	3,70
Falta de tempo	1	1,85
Desconhecimento legal	1	1,85
Outros acompanhantes e clientes	1	1,85

Desta tabela os itens que ainda não foram discutidos são: médicos inseguros, preconceito, falta de ajuda dos seguranças, falta de tempo e desconhecimento legal que serão discutidos a seguir.

Quanto aos médicos inseguros que estão de plantão à noite no pronto socorro não são psiquiatras são os médicos clínicos, cirurgiões e ortopedistas e como o Hospital Universitário é um hospital escola existem residentes da clínica, da cirurgia e da ortopedia para atendimento dos pacientes do pronto socorro.

No hospital chegam pacientes com vários transtornos psiquiátricos, desde os mais simples como os transtornos somatoformes, ou a síndrome do pânico, como chegam às emergências psiquiátricas como: as tentativas de suicídio, os esquizofrênicos e as síndromes de abstinência alcoólica com pacientes apresentando delírios e alucinações, e não existe um psiquiatra para avaliar esses pacientes, os médicos de plantão referem sempre que precisam de uma avaliação psiquiatra, é onde esses pacientes após ser restabelecido a urgência no atendimento são levados para avaliação psiquiátrica no pronto socorro da Lapa.

O médico tem uma formação que é considerada precária com isso desenvolve dificuldade em avaliar algumas patologias psiquiátricas, que são

consideradas com sintomas muito parecidos como a depressão e a ansiedade, isto é justificado em vários estudos como podemos ver em:

Segundo Calil (1991) a formação médica é precária no tocante à habilitação do médico para que compreenda o doente e não só a doença. No currículo médico brasileiro, 98% da carga horária dedica-se a uma medicina centrada na doença, sendo que a psiquiatria e a psicologia médica ocupam 3%.

Uma das dificuldades mais comumente encontradas na avaliação da ansiedade está na superposição desta com sintomas depressivos. Muitos pesquisadores têm dificuldade em separar ansiedade e depressão, tanto em amostras clínicas (PRUSOFT; KERMAN, 1974) quanto as não-clínicas (GOTLIB, 1984), e sugerem que os dois construtos podem ser componentes de um processo de estresse psicológico geral.

Devido a essa formação médica precária, a insegurança que sofre a população brasileira pobre e carente, e a demanda de procura aos serviços médicos que esta cada vez maior, os médicos estão cada vez mais se autopreservando, afrouxando os seus critérios técnicos através de pedidos de exames e avaliações dos pacientes.

A insegurança do trabalho médico é apenas mais um dos capítulos da insegurança geral que sofre a população brasileira deste terceiro milênio e que muito caro custará a toda a sociedade, pelos riscos potenciais e até previsíveis do afrouxamento de critérios técnicos, aumento de liberação de numerários indevidos e igualmente de aumento de despesas em enxurradas de exames complementares próprios de uma Medicina cada vez mais defensiva, em nome da autopreservação inconsciente e necessária. Alguém precisa fazer alguma coisa, mas temo que nossas autoridades não saibam por onde começar, uma vez que o tecido social se esgarça rapidamente em todos os sentidos e, provavelmente, as demandas sociais sempre superarão os recursos existentes para qualquer iniciativa, mesmo que se tenha um projeto a executar (GONZAGA, 2005).

Infelizmente o que notamos atualmente é uma população brasileira, cada vez mais pobre e carente, que busca no médico os seus direitos e a solução dos seus problemas, através de pedidos de direitos que muitas vezes não são legítimos e esses pedidos muitas vezes são acompanhados de atitudes de agressividade, como citado no estudo de Gonzaga (2002) abaixo:

Desta forma, os médicos em geral são vistos como anteparos e alçapões obstaculizadores de obtenção de “direitos” nem sempre legítimos. Claro que, como seres humanos, médicos também erram, mas numa sociedade civilizada se deveria dispor de meios mais adequados de contornar eventuais injustiças e erros do que as práticas de linchamento que vêm se observando. O que falta é uma verdadeira vontade política de proteger o servidor público zeloso, deixado à mercê do crime organizado. No entanto, a grande massa humilde, espelhando-se nos maus exemplos vindos de diversas autoridades constituídas, acha-se no direito de impor a barbárie e de realizar linchamentos morais e físicos por conta própria.

O médico de antigamente era idolatrado e tinha o poder da cura, devido a esses resquícios do passado, muitas vezes ele não tolera as queixas do paciente quanto ao resultado do tratamento, tudo isso resulta em situações de agressividade que são visualizadas no pronto socorro rotineiramente e são situações que já foram estudadas nos trabalhos de D’Annuniação et al (1991), Sonenreich; Kerr-Correa (1985) onde esta idéia de só cobrar por doença tratada e resolvida, é resquício de fantasias onipotentes do médico idolatrado, que acredita ter o poder da cura, e assim pode não tolerar queixas dos pacientes quanto ao resultado do tratamento.

É proibido pelo código de ética médica que para assegurar o vínculo com o paciente, o ideal é pedir uma série de exames sem que haja necessidade. Isso é citado abaixo pelo Conselho Federal de Medicina (C.F.M.). Resolução n.º 1246/88 que é pertencente ao Código de Ética Médica de 1988 cap.I, art. 9; cap. VIII, art. 93.

Expediente utilizado algumas vezes, e proibido pelo Código de Ética, para assegurar o vínculo com o paciente, é o pedido de uma bateria de exames laboratoriais, ou encaminhamentos desnecessários a outros especialistas e ainda utilizar a consulta barata e rápida, como meio de fazer internações, CFM, cap.I, art. 9; cap. VIII, art. 93.

Tudo isso causa custos onerosos aos serviços públicos em geral, sem contar que não existe uma resolutividade do problema e reforça a atitude dessa população dependente que procura o serviço médico.

Muitas vezes sem necessidade, reforçando aspectos dependentes e regredidos do paciente, além da consulta não obter qualquer resolutividade do ponto de vista médico e ético. Estes ardis parecem ocorrer com maior frequência em serviços públicos e conveniados, e

com estes procedimentos obtém-se resultados onerosos e de má qualidade (CALIL, CALIL, 1987).

O Código de Ética Médica também resguarda o paciente que deve ser tratado com dignidade e respeito e não como um problema que o médico deve se livrar ou como um incapaz que precisa de sua proteção onipotente. Conselho Federal de Medicina (C.F.M.). Resolução n.º 1246/88 que é pertencente ao Código de Ética Médica de 1988.

A realidade brasileira é clara que um atendimento competente e eficaz, tem seu preço e que se os médicos suportarem a lidar com as suas próprias necessidades e limitações, podem ajudar os pacientes e familiares a lidar com as próprias dificuldades de maneira mais madura.

O respeito aos direitos fundamentais da cidadania e o estabelecimento criterioso de critérios bem definidos para o tratamento da psiquiatria que muitas vezes é involuntário e a atenção da equipe de emergência em reverter à situação do paciente em tratamento involuntário para tratamento voluntário é uma diretriz que vai nortear o trabalho da equipe para uma psiquiatria em harmonia com a ética e o humanismo (FÉ, 1998).

Quanto ao preconceito na psiquiatria a doença mental permanece até hoje obscura perante a medicina, não há uma causa que realmente explique esta doença tão estigmatizante. No entanto, ela é facilmente percebida através dos comportamentos apresentados que são considerados fora daqueles normalmente aceitos pela sociedade. Existindo assim, o paradigma da exclusão social que se resume em isolamento dos doentes que não são aceitos dentro dos padrões habituais.

A estigmatização da loucura faz com que o doente perca a sua cidadania, sofra preconceitos e seja segregado da sociedade.

Infelizmente a doença mental é uma doença crônica que sofre muitos preconceitos, ela vem a milhares de anos sofrendo sem trégua muitas formas de discriminação e preconceito, isto também é notado em vários dizeres da enfermagem, porém a Bioética esta aí para administrar esses conflitos, e é sobre essa luz e direção que devemos seguir e atuar na área da saúde. Devemos lembrar que esses conflitos sempre vão existir, mas jamais devemos deixar de combatê-los.

Segue abaixo alguns estudos sobre a doença mental e o estigma, desde a sociedade antiga até a sociedade atual:

Segundo Spadini e Souza (2006) a loucura é um “mistério” desde os primórdios tempos, O louco é estereotipado e taxado como demônio, visto como um incômodo para a sociedade vigente, pois era um indivíduo sujo, estranho, que agia diferente das pessoas normais, então, excluído. Desse modo, o padrão de comportamento estabelece aquele que é adequado ou não, e daí surgem todos os preconceitos e estigmas.

Segundo Kantorski, Pinho e Machado (2001) ainda hoje o louco é visto com preconceitos, a concepção da loucura está, de certa forma, ligada à história do homem. Mas, parece que o contato dos profissionais de saúde com a doença, desmistifica o louco e a loucura.

É muito importante a nossa atuação frente à necessidade visível de esclarecimento da nossa população sobre os preconceitos e os estigmas da doença mental. Infelizmente o próprio doente mental e a família refletem o pensamento da nossa sociedade atual, como o estudo abaixo de Osinaga (1999):

A falta de preceitos éticos e a falta da conscientização da cidadania fazem com que haja concordância dos portadores de transtorno mental sobre o estigma da loucura. O próprio doente refere que a única solução para o “problema do doente mental é a internação em hospital psiquiátrico”, demonstrando a aceitação desses portadores da exclusão como forma de tratamento e, este paradigma, reflete o estigma da loucura, onde o louco é segregado da sociedade.

No pronto socorro é muito comum os pacientes psiquiátricos chegarem a surto psicótico apresentando delírios, alucinações e sempre após terem arrumado brigas, confusões, atropelamentos, etc., são trazidos por policiais, SAMU ou pelo resgate do corpo de bombeiros.

A enfermagem e a equipe multidisciplinar nesse momento costumam rotular esse paciente e mantém uma atitude julgadora. Porém esse tipo de comportamento da equipe é inerente a ela mesma, todos da equipe são seres humanos com defeitos e qualidades e a tendência do ser humano é não gostar de situações que são desconhecidas.

Tudo o que desconhecemos nos causa medo. Nosso instinto de preservação é muito forte, temos excelentes mecanismos de auto-proteção, mas mesmo assim

podemos ficar diante de determinadas situações que podem nos levar a uma crise de medo.

O medo considerado normal é um agente favorável, ele nos faz conhecer o que tememos e é que é preciso enfrentar, possibilitando que nos armemos de coragem e nos munamos de estratégias pessoais, capazes de diluir possíveis ou supostos perigos pessoais.

A palavra medo tem um significado que é citado abaixo, e ele relaciona o medo do indivíduo com o seu nível de conhecimento sobre o que lhe causa medo, isto também é citado a seguir:

A palavra medo em língua alemã, possui pelo menos dois significados. Para os alemães pode significar pavor, terror, mas também pode significar angústia em relação ao desconhecido, que a por vir (ELIAS, 1993).

O autor relaciona a intensidade do medo com o nível de conhecimento do homem sobre aquilo que lhe causa o medo, chamando essa relação de “processo crítico”. Essa relação torna-se mais visível quando o homem depara-se com os perigos advindos da natureza não-humana. Ao inserir-se, histórica e progressivamente, na estrutura mental e psicológica do indivíduo, essa relação passa a fazer parte do seu aparelho coercitivo desse mesmo indivíduo (ELIAS, 1997).

A falta de ajuda dos seguranças é relatada pelos funcionários, pois o pronto socorro do Hospital Universitário tem 1 segurança contratado por uma firma terceirizada, 1 segurança que é funcionário do Hospital, e 1 policial. O que os funcionários alegam é que muitos deles não são encontrados no momento de agressividade, prova disso acontece freqüentemente quando o próprio segurança foi agredido a socos e quando o policial chegou à situação já tinha sido resolvida, sem contar que já tivemos uma funcionária com o braço quebrado por um paciente durante o atendimento no setor. Esse é um assunto que sempre esta em discussão pela nossa chefia do pronto socorro com a diretoria do Hospital.

A falta de tempo questionada pelos funcionários que relatam à superlotação emergência, do Hospital Universitário, onde se percebe que vários pacientes que estão sendo atendidos, não são considerados de emergência, ocasionando conseqüentemente uma falta de tempo ao funcionário da emergência, que fica

sobrecarregado, imerso na ação de vários procedimentos prescritos. Nesse momento, a relação interpessoal com o paciente psiquiátrico e sua família que é fundamental na psiquiatria fica falha.

Infelizmente com esses acontecimentos houve uma descaracterização do Hospital Universitário, onde atualmente se prioriza a assistência do paciente em detrimento do ensino e da pesquisa.

Essa questão de superlotação, da função real do pronto socorro, de atendimentos de casos não emergenciais, de sobrecargas de trabalho dos funcionários, foi estudada por Rossi, Gavião, Lucia, Awada em 2004 com o nome de Psicologia e emergências médicas: uma aproximação possível.

O Pronto Socorro é uma das portas de entrada do paciente no hospital. Destina-se a receber pessoas em situações de emergência, com ou sem risco iminente de morte, que necessitam de um pronto-atendimento (Coppe & Miranda, 2002).

Atualmente existem vários estudos científicos da área médica e de enfermagem sobre procedimentos, técnicas e sobre a doença do paciente, porém estudos dos sentimentos e pensamentos do paciente e do seu familiar são escassos na literatura e isso é citado pelo mesmo autor supracitado.

Ainda segundo o mesmo autor as metas para o Pronto Socorro são priorizar o atendimento de alta complexidade e oferecer assistência de qualidade, valorizando o ensino e a pesquisa. Isso implica a elaboração de estratégias que permitam a mudança do quadro atual. Uma delas seria disponibilizar para os pacientes um serviço de psicologia mais efetivo.

A importância de pensar no tratamento psicológico dos funcionários como nos relata Romano (1999) “a intervenção do psicólogo pode auxiliar o tratamento médico na medida em que sensibiliza a equipe para aspectos psicossociais que dificultam a comunicação com o paciente, facilita a implicação do paciente em seu tratamento e reabilitação e oferece um acolhimento para a família.”

Melhorando a qualidade de trabalho da equipe e intervindo junto ao paciente e familiar, o psicólogo contribui para a melhora da rotina assistencial no pronto socorro, onde Moura (1996), afirma que o psicólogo oferece uma escuta, que permite a explicitação do sofrimento e a discriminação entre urgência médica e subjetiva.

A função do psicólogo na equipe é fundamental, como citado acima, pois, estamos em uma época onde as relações humanas estão sendo cortadas devido ao mundo globalizado, uma época onde os nossos valores reais estão sendo esquecidos, nos tornando indivíduos passivos, inertes e sem vontade própria, fazendo com que nos esqueçamos das nossas raízes e da nossa própria identidade.

A medicina psiquiátrica evolui após a descoberta dos psicotrópicos, antes era uma época onde “não havia nada a se fazer” a não ser a internação em grandes asilos.

Hoje é uma época da Reforma Psiquiátrica, onde a psicofarmacologia e o tratamento psicossocial são a base para o tratamento doente mental, mas junto surgiu uma grande demanda de pacientes nos hospitais gerais. Isso deixou o pronto socorro lotado, muitas vezes com falta de funcionários que ficam doentes devido ao excesso de trabalho e o preconceito permanece afastando cada vez mais o doente mental.

Os serviços de pronto socorro permanecem lotados em vários locais um exemplo disso são manchetes de TV e jornais que falam sobre o assunto, cito abaixo um exemplo delas que foi notícia no Jornal o Estado de São Paulo no dia 27 de agosto de 2007 feita por EMILIO SANT’ANNA.

Nas macas espalhadas pelo corredor, os pacientes deveriam permanecer por, no máximo 12 horas. Alguns, no entanto, ficam bem mais do que isso. Às vezes, dias. Entre uma emergência e outra, os atendimentos dos casos de menor complexidade são, muitas vezes, feitos ali mesmo. Superlotado, o pronto-socorro do Hospital das Clínicas (HC) de São Paulo aguarda um processo de ampliação enquanto casos como febre, dores musculares e pequenos machucados, que deveriam ser tratados em hospitais de menor complexidade ou unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMAs), da prefeitura, continuam chegando todos os dias (SANT’ANNA, 2007).

Cerca de 650 pacientes são atendidos diariamente no pronto-socorro. Em dias de crise, o número cresce. Já chegou a 900. Crise, aliás, é a primeira impressão de quem passa pela porta, sem desconfiar que 70% daquelas pessoas não deveriam estar ali (SANT’ANNA, 2007).

Ainda segundo o mesmo autor ao lado das dezenas de macas que se acumulam no corredor, em um balcão improvisado como consultório, uma pessoa é examinada. Enquanto um paciente reclama que já não agüenta ficar ali, um rapaz chega se queixando de dores nas costas e

fadiga crônica. O médico ouve os batimentos cardíacos, mede o pulso, pede exames e receita a medicação ali mesmo. Está pronto para o próximo caso. Apanha um prontuário e chama uma das pessoas que aguardam a vez do lado de fora.

Infelizmente com todos esses acontecimentos o pronto socorro virou porta de ambulatório, isso descaracterizou o setor, com isso a qualidade da assistência diminuiu e todos atendem quantidades de pacientes em um sistema de saúde falho, onde procurar o pronto socorro é mais fácil de ser atendido, isso também foi citado no mesmo trabalho da FMUSP.

A literatura aponta para uma descaracterização dos serviços prestados pelo Pronto Socorro, que funciona, atualmente, como um *ambulatório com pronto-atendimento* (Coppe & Miranda, 2002; Romano, 1999; Sebastiani, 2002). De um setor destinado ao diagnóstico e tratamento de pacientes acidentados ou acometidos de mal súbito, o Pronto Socorro passou a ser um serviço que absorve todos os problemas físicos e sociais (Romano, 1999).

Essa situação tem seu alicerce e se mantém em função da qualidade insatisfatória dos serviços oferecidos pela saúde pública no Brasil. Na verdade, o sistema de saúde não atende as necessidades do paciente, que é obrigado a enfrentar longas filas e aguardar meses por uma consulta e para realizar exames e outros procedimentos. Desta forma, a maioria da população recorre ao Pronto Socorro, que se apresenta como a única possibilidade de ser prontamente atendida e obter, num curto espaço de tempo, algum encaminhamento para seu problema (Romano, 1999).

O Desconhecimento legal é uma questão citada pelos funcionários relatam à falta de desconhecimento dos aspectos éticos e legais para o atendimento da psiquiatria. Os aspectos éticos e são muito importantes no atendimento, isso leva a consciência dos conflitos existentes e a autonomia e a maturidade para a resolução desses conflitos, isso é descrito abaixo:

A ética corresponderia a uma função egóica, envolvendo como pré-requisitos: a consciência dos conflitos, a autonomia para se posicionar ponderando entre razão e emoção e a coerência. Dependeria de maturidade emocional, capacidade de lidar com emoções conflitantes e de suportar frustrações e limitações. Assim, a eticidade seria a condição do ser humano de poder vir a ser ético. A pessoa não nasce ética, mas torna-se ética com o seu desenvolvimento global. O princípio ético fundamental passa pelo respeito ao ser humano como sujeito atuante e autônomo. Conflitos de valores estão sempre em jogo, e a reflexão ética relaciona-se com

a formação da cidadania. É um processo difícil, penoso, complicado e nunca completo, havendo sempre a possibilidade de evolução (COHEN; SEGRE, 2007).

Como podemos ver na tabela 12 a opinião dos funcionários quanto às dificuldades no relacionamento interpessoal com o paciente psiquiatra e seu familiar.

Tabela 12: Distribuição da opinião dos funcionários sobre as dificuldades no relacionamento interpessoal do paciente psiquiatra e seu familiar do Pronto Socorro do Hospital Universitário – HU, São Paulo - 2007

Dificuldades	Frequência	%
Falta de colaboração ou dos familiares	24	44,45
Desconhecimento da patologia	18	33,34
Orientação não correspondida / comunicação	16	29,62
Acompanhantes sem paciência	14	25,93
Agressividade / agitação	12	22,22
Aceitação da doença	10	18,51
Falta de preparo profissional	9	16,67
Falta de médicos psiquiatras	9	16,67
Aceitação e reintegração do cliente na sociedade	6	11,11
Falta de tempo e grande número de pacientes	6	11,11
Unidades hospitalares de referência	3	5,56
Empenho de outros profissionais	2	3,70
Relacionamento	2	3,70
Não gosta de lidar com estes clientes	1	1,85

A opinião dos funcionários nos relata as dificuldades no relacionamento interpessoal do paciente psiquiatra e seu familiar no pronto socorro, onde temos 44,45% (24) a falta de colaboração ou ausência dos familiares no cuidado ao cliente; 33,34% (18) o desconhecimento da patologia por parte do paciente e seu familiar; 29,62% (16) orientação não correspondida ou falta de comunicação; 25,93% (14) acompanhantes sem paciência, pois muitos devido ao quadro agudo do cliente já querem uma resolução sem ao menos ter um pouco de paciência devido a toda a rotina e trabalho que deve ser desenvolvido; 22,22 (12) a agressividade / agitação do cliente dificulta demais seu atendimento; 18,51% (10) aceitação da doença, pois tratasse de uma doença crônica na maioria das vezes e seu tratamento é contínuo, onde o próprio paciente ou seu familiar não aceitam sua patologia; 16,67% (9) referem falta de preparo profissional e a falta de médicos especialistas (psiquiatras); 11,11% (6) aceitação e reintegração do cliente na sociedade devido sua patologia

ser estigmatizada, referiram ainda falta de tempo e grande número de pacientes; 5,56% (3) o que dificulta é a falta de hospitais de referência; 3,70% (2) empenho de outros profissionais e relacionamento interpessoal; 1,85% (1) não gostam de lidar com estes clientes tornando uma dificuldade no relacionamento.

Desses itens relacionados todos os itens foram já discutidos com exceção da aceitação da doença psiquiátrica pelo doente e por seu familiar, e empenho de outros profissionais e o relacionamento interpessoal.

A aceitação da doença pelo paciente e familiar é difícil, pois a doença mental é uma doença crônica, onde o tratamento é contínuo, isso envolve gastos financeiros, tempo, preconceito e discriminação da doença, etc., com isso é difícil uma aceitação da doença.

O homem é um ser dinâmico, instituído por uma esfera biológica que garante o funcionamento vital de seu organismo, das suas funções e estruturas psíquicas e também da sua interação com o meio social através das relações. Sendo assim a condição de saúde não compreende apenas ausência de doença e sim o bem estar biopsicossocial e espiritual do ser humano.

O adoecimento gera crises e momentos de desestruturação para o paciente e para toda a sua família, muitas mudanças ocorrem na vida do paciente, levando a deparar-se com perdas, limitações e frustrações. Nesse momento o paciente tem que fazer uma reorganização de sua existência, para se adaptar a essas perdas, frustrações e limitações, é onde é necessário estabelecer uma nova relação com a sua vida.

A família precisa reorganizar-se, o paciente vai precisar de cuidados, todos os papéis e funções familiares têm que ser repensadas em ajudar o paciente nessa nova fase de vida, onde o mesmo vai ter que elaborar sentimentos confusos e dolorosos que foram ocasionados pelo adoecer.

O impacto da doença crônica na vida do paciente pode ser visto por Lorga, Limp e Silveira (1982) onde “a doença crônica é caracterizada por sua longa duração e por ser incurável. Para McDaniel, Hepworth e Doherty (1994) e Guterman e Levcovitz (1988) e Santos (1997) quando acometido por uma doença crônica, o indivíduo se vê diante de mudanças em seus hábitos e em seu estilo de vida. o paciente passa por uma crise, em que percebe inúmeras perdas: da condição saudável, de papéis e de responsabilidade. e dependendo da doença, pode estar diante de um menor tempo de vida.

Segundo Santos e Sebastiani (2001) existem três tipos de reações da família frente à situação de crise ocasionada pela doença e pelas limitações causadas:

- o primeiro tipo é a reação em que o sistema mobiliza-se com o intuito de resgate de seu estado anterior. No caso das doenças crônicas, esse estado anterior não pode ser resgatado exigindo que a família alcance outra identidade. O sistema passa por dificuldades no processo adaptativo, tentando acomodar a enfermidade.
- o segundo tipo de reação é a paralisação frente ao impacto da crise. Essa reação sempre ocorre, sendo superado em maior ou menor tempo. Essa paralisação se dá proporcionalmente à importância que o indivíduo possuía no equilíbrio dinâmico do sistema.
- o terceiro tipo é quando o sistema identifica benefícios com a crise e se mobiliza para mantê-la. O doente é colocado como bode expiatório, sendo o depositário de todas as patologias das relações dentro da família. No caso da doença crônica, o paciente terá dificuldades em se adaptar à nova realidade, com suas limitações e perdas, devido ao fato de o sistema não abrir espaço para que ele se coloque, conspirando contra tal tentativa.

A negação da doença esta sempre presente tanto para o paciente como para os seus familiares, como podemos ver que a negação aparece como reação da doença ou das perdas ocasionadas por ela (SCHNEIDER, 1976; LORGA JR. LIMP; SILVEIRA, 1982; HOJAIJ; BRIGAGÃO; ROMANO, 1994). Essa reação pode aparecer por uma falta de recursos, tanto da família como do paciente, para lidar com a notícia da doença, impedindo que o indivíduo se trate.

Quanto ao empenho de outros profissionais e o relacionamento interpessoal é muito importante em todas as instituições, a vida não é redimensionada sem relações humanas, elas trazem um olhar ampliado para novas conquistas. Qual seria o sentido do trabalho se não existisse relações humanas?

É no relacionamento interpessoal que vamos construir as nossas vidas, os nossos valores, compartilhar os nossos saberes, preservando as nossas memórias, para assim compartilharmos novas formas de diálogos, ciências, tecnologias e novas conquistas.

Nas últimas décadas, vimos surgir na literatura de enfermagem vários trabalhos salientando a importância do relacionamento interpessoal na assistência ao paciente. Não existe na medicina psiquiátrica atual um tratamento psiquiátrico sem relacionamento interpessoal. Essa foi ao longo dos anos, uma conquista conseguida pela equipe multiprofissional, ele é uma peça fundamental para a

psiquiatria que é baseada no tratamento biopsicossocial e espiritual um tratamento com dignidade e ética para o doente mental e o seu familiar.

A importância do relacionamento interpessoal para a humanização da saúde é ressaltado “nas décadas de 60 e 70 foram feitas algumas tentativas para humanizar esta assistência, tratando o indivíduo como um todo, incluindo aspectos biológicos, sociais e espirituais, e criticando a objetificação do paciente” (WALDOW, 1998).

Em 1952 a enfermeira, médica e educadora, Hildegard E. Peplau, escreveu um livro que revolucionou o ensino e a prática da enfermagem psiquiátrica nos Estados Unidos, tendo como enfoque o potencial terapêutico do relacionamento de pessoa para pessoa. Desde então, a enfermagem psiquiátrica vem ampliando sua visão utilizando os conceitos originalmente propostos por Rendo e Peplau. (TAYLOR, 1992).

Para Stuart e Laraia (2002), “o relacionamento terapêutico entre enfermeira e paciente é uma experiência de aprendizado mútuo e uma experiência emocional corretiva para o paciente. Nessa relação, a enfermeira utiliza a si próprio e as técnicas clínicas especificadas na trabalho com o paciente para gerar introversão e alteração comportamental do paciente”.

Para Travelbee (1982), toda assistência ao paciente-cliente deveria se dar através das interações entre duas pessoas: uma que precisa de ajuda e outra que proporciona ajuda. Segundo esta autora é o enfermeiro que se une ao paciente-cliente para ajudá-lo a revelar e compreender sua experiência e, a partir daí, desenvolver um relacionamento. O relacionamento enfermeiro-paciente é meta a ser atingida, é função específica da enfermeira, é a interação planejada com objetivos definidos entre duas pessoas, na qual ambas modificam seu comportamento, construtivamente, com a evolução do processo de relacionamento.

Já as opiniões dos funcionários sobre as facilidades encontradas para o relacionamento interpessoal com o paciente psiquiátrico e seus familiares são demonstradas abaixo sendo 42,59% (23) dizem que não existe facilidade; 20,37% (11) relatam que o diálogo facilita o contato, pois muitos desconhecem a patologia ou querem ser compreendidos; 16,67% (9) referem conhecimentos e treinamentos; 11,11% (6) a colaboração da equipe ajuda e o vínculo criado com estes pacientes e familiares; 7,41% (4) têm dificuldades em lidar com estes clientes; 5,56% (3)

questionam que o que facilita é não julgar estes pacientes, ter amor, o uso das medicações corretamente e a presença dos familiares; e 1,85% (1) ter boa vontade, histórico dos pacientes e os encaminhamentos para outros serviços.

Tabela 13: Distribuição da opinião dos funcionários sobre as facilidades no relacionamento interpessoal do paciente psiquiatra e seu familiar do Pronto Socorro do Hospital Universitário – HU, São Paulo - 2007

Facilidades	Freqüência	%
Não existe facilidade	23	42,59
Diálogo	11	20,37
Conhecimento e treinamentos	9	16,67
Colaboração da equipe	6	11,11
Vínculo	6	11,11
Dificuldade em lidar com estes clientes	4	7,41
Manter a calma	3	5,56
Não julgar	3	5,56
Amor	3	5,56
Medicações	3	5,56
Presença dos familiares	3	5,56
Boa vontade	1	1,85
História do cliente	1	1,85
Encaminhamentos	1	1,85

A falta de conhecimento e os estigmas existentes contra estes pacientes ajudam a existir tais dificuldades e a maioria dos profissionais relata não ter nenhuma facilidade em lidar com eles, isso poderia ser suprido com o conhecimento, onde com certeza diminuiria estes preconceitos.

Na tabela 13 seria importante discutir alguns itens que ainda não foram discutidos como o vínculo com os pacientes. A discussão sobre o que seria um vínculo, relato agora os estudos de alguns autores:

Segundo Campos (1997) o vínculo entre profissional/paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço; e o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

Segundo Schimith e Lima (2004) o vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde. É necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo seja um projeto de toda a equipe, a fim de que se concretize

no trabalho vivo em ato. Para que isso ocorra a enfermeira deve tornar seu trabalho mais voltado para a clínica, valorizando o acolhimento e o vínculo com o usuário do serviço.

Infelizmente alguns profissionais atualmente não querem adquirir vínculo com o paciente, evitam o vínculo para que não haja sofrimento devido a perdas. No pronto socorro o vínculo é uma ação difícil de se concretizar, devido ao excesso e rotatividade dos pacientes e familiares, como o Hospital Universitário é um Hospital escola existe uma rotatividade também de residentes e internos da medicina e alunas da Escola de Enfermagem da USP.

O não desenvolvimento do vínculo vem também da faculdade onde os alunos eram orientados a estudar a doença do paciente e não a relação profissional/paciente.

O desenvolvimento da bioquímica, farmacologia, imunologia e genética contribuiu para o crescimento de um modelo biomédico centrado na doença, diminuindo assim o interesse pela experiência do paciente, pela sua subjetividade. As novas e sempre mais sofisticadas técnicas assumiram um papel importante no diagnóstico em detrimento da relação pessoal entre o médico e o paciente. A tecnologia foi se incorporando no exercício da profissão, deixando-se de lado o aspecto subjetivo da relação.

Enquanto os avanços tecnológicos mostravam-se significativos, não se percebiam mudanças correspondentes nas condições de vida, como também, não se verificava o aperfeiçoamento das práticas de saúde, como práticas compostas pela comunicação, pela observação, pelo trabalho de equipe, por atitudes fundamentadas em valores humanitários sólidos. Atualmente, existem recursos para lidar com cada fragmento do homem, mas falta ao médico a habilidade para dar conta do mesmo homem em sua totalidade (JASPER, 1991).

Na tabela 14 demonstra que ao serem solicitados para relatarem alguma experiência com os pacientes psiquiatras 66,67% (36) contaram algum relatado, com estes clientes, quanto 33,33% (18) não relataram nenhuma experiência, por não lembrar ou terem vivido.

Tabela 14: Distribuição da existência de relatos no atendimento do paciente psiquiatra do Pronto Socorro do Hospital Universitário - HU, São Paulo - 2007

Relatos	Freqüência	%
Sim	36	66,67

Não	18	33,33
Total	54	100,00

Alguns dos relatos serão demonstrados, onde a grande maioria refere sobre a agressividade, agitação com heteroagressividade não vendo o paciente psiquiatra como cidadão como podemos ver nos relatos a seguir:

“pacientes... agressivos, agitados e precisavam ficar expostos no meio dos outros pacientes, causando constrangimento do paciente, à família e a equipe” a₁₅

“pacientes agitado, confuso que ameaçou os funcionários da emergência...” a₂₁

“... batia na sua mãe e agredia com palavras...” a₅

“ao chegar agressivo no PS tivemos que conter o paciente e não tinha mais nenhum profissional homem só mulher e acabei tomando uma cotovelada” a₅₄

“para ser administrado um medicamento... foi realizado restrição, pois o paciente se encontrava muito agitado...” a₃₃

“... veio em minha direção bastante agressivo e precisou ser contido com força física...” a₄₂

“sabe que podia te agredir... não me senti preparada para lidar com essa paciente.” a₃₉

“... chegou delirante precisando ser restringida...” a₂₅

“o paciente chegou quebrando tudo... conseguimos contê-lo... ele se acalmo, mas toda a equipe já estava exausta.” a₁₇

Estes são alguns dos relatados expostos pelos profissionais que estão ligados a agressividade, muitas vezes devido os pacientes chegarem ao pronto socorro em estado agudo da doença, muitas vezes sem saber o que estão fazendo, e quando são questionados sobre o que fizeram ficam com vergonha e acabam pedindo desculpas pelo fato ocorrido como podemos ver nos seguinte relato:

“... atendi vários casos e quando eles melhora, não gosta que toquem no assunto.” a₅₄.

Também existem os pacientes que apresentam alucinações visuais como podemos ver nos relatos:

“ela dizia em voz serena que minha mão estava cheia de açúcar... e para eu não me preocupar que as formigas não iam me pegar, pois eram suas amigas” a₄₅

“afirma que tinha um chip na cabeça e que através desse chip, se comunicava com outras pessoas” a₁

Temos ainda outros casos como sem alteração do comportamento, seus acompanhantes, não saber lidar com a sociedade e cuidados médicos como podemos ver a seguir:

“... extremamente educado, conversando com o mesmo durante o trajeto de um hospital a outro sem nenhum tipo de alteração” a₄₉

“... todas as prevenções que eram realizadas com o paciente, eram freqüentemente questionadas pela família, que mostrava-se descontente e irritada com a situação.”

a₅₁

“um cliente que estava deitado no leito, à família foi embora, deixando ele sozinho, sem acompanhante...” a₂₇

“... a maioria diz que vão tentar novamente suicídio... isso tudo é produto de uma sociedade complicada onde o ser humano não aceita, as normas que são impostas durante a vida” a₂

“... foi avaliada pelo psiquiatra no meio do corredor que ao perguntar-lhe em voz bem alta ‘quantas vezes ela tinha tentado suicídio’ a paciente apresentou crise de choro e pediu para ficar em lugar, onde eles pudessem conversar com mais privacidade.” a₅₀

A doença mental é acompanhada pela perda da liberdade exterior, do direito de ir e vir, de ter opinião, de ser ouvido, de ser tratado com respeito e dignidade. Portanto é necessário que se encontre o justo equilíbrio entre o dever de tratar os pacientes com transtornos mentais e o direito desses pacientes a liberdade (FÉ, 1998).

A agressividade acaba sendo sempre os maiores relatos devido à falta de conhecimento e o preconceito existente com estes pacientes, além da falta de local adequado, profissionais preparados para o cuidar com dignidade e respeito a estes clientes, além da falta de preparo dos familiares que questionam tudo mesmo sendo realizado a assistência adequada ou quando são abandonados pelos mesmos.

Alguns profissionais fizeram algum comentário que desejavam sobre o assunto pesquisado como podemos ver na tabela 15 onde tivemos 20,37% (11) que relatam a necessidade de treinamentos para cuidar destes pacientes; 7,41% (4) há necessidade de psiquiatras de plantão e que o pronto socorro não tem condições de cuidar destes clientes; 5,56% (3) que este trabalho contribuía com o tratamento destes clientes e sobre a existência de preconceito com estes pacientes; 3,70% (2) que o atendimento ocorre no pronto socorro devido à falta de serviço especializado

na rede e que estes clientes necessitam de alguém que os compreendam, além de 1,85% (1) demonstrar as visões legais sobre o assunto e criação de protocolos e rotinas para o cuidado a estes clientes para poder padronizar o mesmo conseguindo melhorar a assistência a eles.

Tabela 15: Distribuição dos comentários dos funcionários do Pronto Socorro do Hospital Universitário - HU, São Paulo - 2007

Comentários	Frequência	%
Necessidade de treinamentos	11	20,37
Necessidade de Psiquiatras de plantão	4	7,41
Pronto socorro não tem condições de atuar com estes clientes	4	7,41
Que este trabalho contribua com o tratamento de destes clientes	3	5,56
Existência de preconceito	3	5,56
Atendimento devido à falta de serviço da rede	2	3,70
Estes clientes necessitam de alguém que os compreendam	2	3,70
Demonstrar as visões legais	1	1,85
Criação de protocolos / rotinas	1	1,85

Na tabela 15 tudo já foi discutido com exceção de um item que eu me senti com uma responsabilidade enorme que é a contribuição com o tratamento de destes clientes, quando pensei em fazer o mestrado, já tinha esse tema em mente e o nome inicial do trabalho seria discutir sobre a defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Em seguida pensei em unir o útil e o agradável, já que trabalho no pronto socorro adulto do Hospital Universitário há 11 anos resolvi estudar um modo de diminuir o preconceito e a discriminação desses pacientes durante o seu atendimento na unidade de um pronto socorro geral, já que agindo assim estaria diminuindo o preconceito a esses pacientes através do conhecimento científico.

Estou na Psiquiatria há 8 anos, trabalhei no Centro de Atenção Psicossocial do Jabaquara e muito me comovia à vida desses pacientes que são discriminados em todos os locais da sociedade, com dificuldades de relacionamentos inclusive familiares, com dificuldades para estudar e trabalhar devido ao preconceito e a discriminação.

Espero em Deus que este trabalho contribua com um conhecimento científico para que diminua esse preconceito e discriminação a esses pacientes e aos seus familiares.

É preciso ter clareza que o doente mental é um cidadão e nunca um sub-cidadão, e que o tratamento psiquiátrico possa contribuir para o seu crescimento emocional, a superação de suas dificuldades nos relacionamentos, a ampliação de sua liberdade interior e da compreensão do ser e do mundo. É inadmissível que a psiquiatria seja utilizada para cercear a liberdade, restringir os seus direitos, oprimir cidadãos (FÉ, 1998).

O referencial teórico de Heller sobre o cotidiano se enquadra neste contexto estudado, pois o ser humano convive com as pessoas e cada um tem uma forma de expressar, de viver, de amar e demonstrar seus sentimentos, raivas, frustrações e alegrias. A população que foi estudada demonstrou estes sentimentos, ações e pensamentos, com isso podemos mudar ou tentar ao menos realizar uma melhora no atendimento ao paciente psiquiatra e a sua família com um relacionamento interpessoal mais digno, conseguindo atingir nosso objetivo que é sempre o bem estar do paciente/família e da equipe multidisciplinar.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Todas as coisas já foram ditas...
mas como ninguém escuta,
é preciso sempre recomeçar”.
(ANDRE GIDE)

Desde o início dessa dissertação de mestrado em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo, muitos funcionários da equipe de enfermagem da emergência do Hospital Universitário demonstraram curiosidade em saber como seria essa pesquisa. Isso já despertou alguma discussão na equipe durante o plantão sobre a doença mental e o paciente psiquiátrico.

Foi muito interessante descobrir que 54 dos 57 funcionários da equipe de enfermagem que estão atuando no pronto socorro, responderam ao Roteiro da Entrevista, dando uma porcentagem de 94,73% de funcionários.

Isso é considerada uma grande porcentagem e demonstra o interesse, a consciência profissional e a ética da equipe em tentar melhorar a qualidade da assistência que é prestada ao paciente psiquiátrico.

A emergência representa a porta de entrada do sistema de assistência para o paciente psiquiátrico e constitui um elemento chave dentro dessa rede de atendimento.

O atendimento ao paciente psiquiátrico requer abordagens específicas, demandando técnicas e atitudes adequadas do profissional da saúde mental, e conhecimento de legislação, daí a importância do conhecimento científico em emergências psiquiátricas para a enfermagem que atua no pronto socorro.

Um fator importante é que durante a passagem do paciente psiquiátrico na emergência, devemos tentar um equilíbrio, onde o mesmo possa preservar a sua liberdade e opinar sobre o seu tratamento. É muito importante também que o paciente psiquiátrico e o seu familiar sejam esclarecidos e bem orientados sobre a sua doença, sua medicação e o seu tratamento, com certeza isso irá diminuir os episódios de agressividade do paciente e familiar com a equipe multiprofissional.

A enfermagem tem que estar preparada para esses momentos, onde é fundamental de imediato transportar o paciente para um local mais calmo, que seja tranquilo, sem ruídos, com conforto, onde o mesmo se sinta bem, jamais deixá-lo exposto aos demais pacientes. Um local onde o profissional possa estabelecer um

diálogo com o paciente e familiar, é importante também que seja um local próximo, onde a equipe possa fazer uma supervisão contínua e constante.

A observação do paciente feita durante a sua entrada do pronto socorro é fundamental, pois é através dela que nós vamos fornecer um atendimento biopsicossocial e espiritual ao paciente e familiar.

É também através da observação que vamos perceber as necessidades básicas do paciente, e verificar imediatamente se o mesmo apresenta algumas condições que podem colocar sua vida em risco como: traumas, contusões, ferimentos, hipoglicemias, hiperglicemia, coma, intoxicação exógena, síndrome de abstinência, psicose tóxica secundária ao uso de drogas ou álcool, etc.

O acolhimento deste paciente e do seu familiar no pronto socorro com relacionamento interpessoal e vínculo é fundamental, eles assumem importância tão terapêutica quanto às ações de saúde esperadas no tratamento, e é através deles que vamos construir o processo das técnicas desse cuidar.

Nesse momento o paciente sente-se reconhecido como sujeito e realmente atendido; por outro, os profissionais ficam envolvidos sentem-se mais úteis e produtivos, acontecendo aí uma valorização do sentido do seu trabalho, cada qual em seu saber.

Todos saem ganhando, a equipe o paciente e o seu familiar. Essa questão revela a importância do preparo da equipe que cuida desses pacientes, uma vez que as características da cronicidade da patologia desafiam as ações de saúde, médicas e de enfermagem, habitualmente talhadas para diagnosticar, tratar e curar doenças.

É muito raro, você visualizar no pronto socorro por parte da equipe cuidadora, a promoção de algumas atividades terapêuticas que fujam da atenção estritamente médica, empobrecendo as reais possibilidades de reduzir os danos da doença, um simples relacionamento terapêutico com orientações já estaria fazendo essa função, com encorajamento para que o tratamento não fosse exclusivamente medicamentoso.

Esses pacientes de certa forma simbolizam a complexidade do convívio com a doença crônica, sobre a qual tantas relações e concepções pessoais interferem naquilo que chamamos de autocuidado.

Ações vinculadas à motivação desses pacientes, a criatividade e a escuta terapêutica devem ser constantemente trabalhadas pela equipe na rotina da assistência, preferencialmente com o apoio de outros saberes, como a pedagogia e

a psicologia. Essas ciências têm um papel fundamental no preparo e na educação dos cuidadores.

Infelizmente o atendimento do pronto socorro passou a desvalorizar o cuidado humano, atendendo-se a uma ideologia de cura. As ações curativas ocupam a maior parte das atividades, utilizando-se tecnologias cada vez mais sofisticadas.

A enfermagem é exercida por profissionais com formação universitária que são os enfermeiros, e por profissionais de nível médio, que são os técnicos e auxiliares de enfermagem. Aos enfermeiros tem cabido a esfera do saber e, ao pessoal de nível médio, o fazer...

É importante que a enfermagem perceba todos esses conflitos relatados e existentes e trabalhe tentando resolvê-los, sem medo ou preconceito, e é através do conhecimento científico que a equipe terá segurança para resolução desses conflitos.

O respeito como profissional pelos direitos dos pacientes psiquiátricos jamais devem ser esquecidos e isso é fundamental para a sua cidadania. A valorização de princípios éticos é algo importante nas instituições de saúde e a promoção de saúde nas grandes empresas passa necessariamente pelo estabelecimento de relações de trabalho mais éticas e dignas.

Ter saúde no desenvolver do nosso trabalho é um direito de todos e não um favor, e dela depende do amadurecimento pessoal e da percepção da importância dos valores éticos em nossa vida.

Estimular o espírito de equipe na enfermagem, promovendo um trabalho digno, vamos colaborar com a superação das frustrações desses funcionários e fazer com que eles percebam a importância do seu trabalho.

Perceber a importância do trabalho significa “fazer a diferença”, lutando contra as discriminações e os preconceitos, com mudanças em determinadas atitudes e gestos que são considerados negativos, com tratamento humanizado, com respeito, carinho, ético e com dignidade ao doente mental. Somente utilizando esses valores vamos nortear o trabalho da equipe para uma emergência psiquiátrica em harmonia com a ética e o humanismo.

Discutir Bioética junto às pacientes psiquiátricos vai muito além do que discutir referenciais Bioéticos, como a vulnerabilidade desse paciente e do seu familiar, solidariedade da equipe de profissionais, autonomia desse paciente, etc., esses referências devem estar articulados com a prática clínica de atendimento de

urgência na enfermagem psiquiátrica, que envolve questões físicas, técnicas e psíquicas muito presentes no cotidiano do pronto socorro.

Este trabalho demonstra que a equipe tem que ser treinado, não só para o atendimento da doença, mas sim para o atendimento do paciente com suas dores e sentimentos.

A discussão de pontos como o abandono, preconceito, discriminação, dificuldades em respeitar a autonomia são questões amplas da Bioética que precisam ser bem tratadas na equipe.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDER, F.; SELESNICK, S.T. **História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática desde os tempos primitivos até o presente**. 2ed. São Paulo: Ibrasa, 1980.

ALMEIDA, N.F. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 2, n.1-2, p. 5-19, 1997.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

AMARANTE P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 20ed. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

ANDRADE, L.M.; CAETANO, J.F.; SOARES, E. Percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência. **Rev RENE**. V.1, n.1, pag. 91-7, 2000.

ANGERAMI-CAMON, V.A. **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira Thompson, 2002.

ANTHIKAD, J. **Psicologia para enfermagem**. São Paulo: Reichmann & Autores Editores, 2005.

BALLENGER, J.C.; BENNETT, W.M. Stile Calligaro IL. Urgencias psiquiátricas. **Manual Merck**. 10ed. española. Ed. Harcourt; 1999. p. 1579-84.

BECKER, M. H. Patient adherence to prescribed therapies. **Medical Care**. v.23, p.539-555, 1985.

BERNIERI, J.; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.16, n.1, p.89-96, jan./mar. 2007.

BOFF, L. **Saber cuidar**. 11ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOTEGA, N.J.; DALGALARRONDO, P. **Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico**. São Paulo: Hucitec, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRYKCZYNSKA, G. A brief overview of the epistemology of caring. In: BRYKCZYNSKA, G. **Caring: the compassion and wisdom of nursing**. San Diego: Singular Publishing Group, 1997. Chapter 1, p. 1-9.

CALIL, L.C. Psicoterapia com bom senso: um descuido na formação médica. **Rev. Bras. Med.** n.48, p. 663-5, 1991.

CAMPOS, M.R.; LEAL, M. do C.; SOUZA Jr., P.R.de; CUNHA, C.B. da. Consistency between data sources and inter-observer reliability in the Study on Neonatal and Perinatal Morbidity and Mortality and Care in the City of Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública.** v.20, 2004. ISSN 0102-311X2.

CAMPOS, C.J.G.; TEIXEIRA, M.B. O atendimento do doente mental em pronto socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem **Revista da Escola de Enfermagem USP.** v. 35, n.2.p.141-9, jun.2001.

CAMPOS, G.W. de S. Considerações sobre a arte e ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** 2ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva.** Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CASTRO, C. de M.; VIANA, N.R.S.M. THE INVISIBLE BOND, IN HEALTH: DOES IT HEAL? **CADERNOS DE SAUDE PÚBLICA.** v.1, n°4, 1985

CAVALHERI, S.C. Acolhimento e orientação à família. [online] [citado 2003 out 20]. Disponível em URL: <http://www.Scielo.com.br>, acessado em 11/11/2007.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental.** Rio de Janeiro, Atheneu, 1984.

CHRISTENSEN, P. J.; KENNEY, J. W. **Nursing process: application of conceptual models.** 3ed. St. Louis: Mosby, 1990.

COHEN, C.; SEGRE, M. **Bioética.** 3ed. São Paulo: USP, 2002.

COLLIER, I.C.; McCASH, K.E.; BARTRAM, J.M. **Writing nursing diagnoses: a critical thinking approach.** St. Louis: Mosby, 1996.

COPPE, A.A.F.; MIRANDA, E.M.F. O psicólogo diante da urgência no Pronto Socorro. In V. A. Angerami-Camom (Org.). **Urgências psicológicas no hospital.** São Paulo: Pioneira, 2002.

CORDIOLI, A.V. **Avaliação do paciente em psiquiatria: a entrevista psiquiátrica.** Disponível em: www.ufrgs.br/psiq/entrevis.pdf. Acessado em 15/11/2007.

CORREIA, S.R. **O papel humanizante da enfermagem na unidade de psiquiatria para tratamento de farmacodependência em hospital geral.** Monografia de Especialização da UNIFESP Realizado no Proad (Programa De Orientação ao

Dependente Químico da Unifesp/Epm – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002.

CORREIA, F. de A. Alguns desafios atuais da bioética. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 1996.

CORREIA, F. de A. Aspectos éticos e legais do diagnóstico pré natal. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 1996.

COSTA, L.F.; SOUSA, L.G. de; OLIVEIRA, A.M. de; FONSECA, C.A. da. Atenção farmacêutica para portadores de cuidados especiais. **Revista Eletrônica de Farmácia**. Suplemento v. 3, n. 2, p.19-21, 2006.

COX, H. C. et al. **Clinical applications of nursing diagnosis: adult, child, women's, mental health, gerontic and home health considerations**. Philadelphia: F. A. Davis, 1993.

CREASIA, J.L.; PARKER, B. **Conceptual foundations of professional nursing practice**. 2ed. St. Louis: Mosby, 1996.

D'ANNUNCIACÇÃO, AL. et al. A figura mítica do médico analisada por pacientes do hospital universitário Pedro Ernesto. Inform. **Psiqu.** n.9, p. 27-30, 1991.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de administração de empresas**. v.33, p. 98-104, 1993.

DEL-BEM C.M.; MARQUES, J.M.A.; SPONHOLZ A. JR.; ZUARDI, A.W. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.5, outubro de 1999.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA R. Resposta a Crise. **Revista Per La Salute Mentale – Pratiche Ricerche Culture dell'innovazione**. v.1, n° 1, 1988, Trieste.

DU GAS, B.W. **Enfermagem prática**. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

ELIAS, N. **O processo civilizador: formação do Estado e civilização**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993, vol. 2 (Trad.: Ruy Jungmann).

ELIAS, N. **Envolvimento e distanciamento: estudos sobre sociologia do conhecimento**. Lisboa: Dom Quixote, 1997. (Trad.: Maria Luísa Cabaços Meliço).

ERAKER, S.A.; KIRSCHT, J.P.; BECKER, M. H. Understanding and improving patient compliance. **Annals of Internal Medicine**. v.100, p.258-268, 1984.

ERDMANN, A.L. et al. Bioética e cuidados a saúde como responsabilidade com a vida e a natureza: algumas reflexões. **Revista o mundo da saúde**. v. 30, n. 3, pág. 375-80, jul/set. 2006.

ESPINOSA, A.F. **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Companies, 2002.

FARLEY, D. FDA proposes program to give patients better medication information. *FDA Consumer Magazine*, 29. 1995. Disponível em: <http://www.fda.gov/fdac/features/995_medinfo.html>. Acessado em 16/10/2007.

FÉ, I.deA.M. Doença mental e autonomia. **Bioética revista do conselho federal de medicina**. v.6 , nº1 , pag. 71-9, 1998.

FERIOTTI, M.L. A questão da interdisciplinaridade na saúde. **Rev Médica Puccamp**. v. 4, n.3, p. 130-32, 1995.

FONSECA, M. T. N. M. **Famílias e políticas sociais**: subsídios teóricos e metodológicos para a formulação e gestão das políticas com e para famílias. Fundação João Pinheiro, 2002 (Dissertação de Mestrado).

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: **52º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda – PE, 2000.

GARCIA, T. R. **Cuidando de adolescentes grávidas solteiras**. Ribeirão Preto, 1996. 256p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

GATTAZ, M.D. Depressão da Consciência. **Rev. Psiq. Clin.** 1997.

GAUDERER, C. **Os direitos do paciente**. Rio de Janeiro: Record, 1991.

GELDER, M. et al. **Tratado de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GONÇALVES, S.E.; KANTORSKI, L.P.; HECK, R.M. Princípios que norteiam a prática em saúde mental de uma equipe do programa de saúde da família junto a familiares de indivíduos com transtorno mental severo. **Fam. Saúde Desenvolvimento**. Curitiba, v.5, n.2, p.93-102, mai./ago. 2003.

GONZAGA, P. Insegurança na prática médico-pericial e do trabalho. **Rev. Bras. Med. Trab.** Belo Horizonte, v. 3, n.2, p. 153-5, ago-dez, 2005.

GOTLIB, I.H. Depression and General Psychopathology in University Students. **Journal of Abnormal Psychology**. v.93, p. 19-30, 1984.

GRAEFF, F. **Drogas Psicotrópicas e seu modo de ação**. São Paulo: EPU, 1984.

GUITON, B.; FIGUEIREDO, N.; PORTO, I. **A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira**. Niterói: Intertexto, 2002.

GUTERMAN, J.; LEVCOVITZ, E.C. Impacto da doença de Alzheimer na família: a visão do familiar e as propostas de assistências psicológica. **Inform. Psiq.** n.17, supl.1, p. S33-S36, 1998.

HIGA, E. de F.R.; T. M.A. The style of lidership idealized by nurses. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem.** vol.13, n.1, 2005. ISSN 0104-11692.

HOJAIJ, E.M.; BRIGAGÃO, J.I.M.; ROMANO, B.W. Família e cardiopatia: uma questão a ser considerada. **Suplemento da Revista da Sociedade de Cardiologia do estado de São Paulo.** v. 4, n.5 (supl. A), p. 14-18, set/out. 1994.

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

INGERSOLL, G.L. Evidence-based nursing. **Nurs Outlook.** v.48, n.4, p.151-2, July/August, 2000.

IRVING, S. **Enfermagem Psiquiátrica Básica.** 2ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.

JACQUES, M. da G.C. **Theoretical and methodological approaches on mental health/disease and work.** Psicologia. Social, Porto Alegre, v.15, n.1, 2003.

JASPERS, K. **Il medico nell'età della tecnica.** Milão: Raffaello Cortina Editore, 1991.

JERALD, K.M.D. **Psiquiatria ciência comportamental e fundamentos clínicos.** São Paulo: Editora Manole Ltda, 2002.

KALKMAN, M.E. **New Dimensions in Mental Heath Psychiatric Nursing.** 5ed. New York: Ed. McGraw - Hill Book, 1980.

KANTORSKI, L.P. et al. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no estado de São Paulo. **Revista escola de enf. USP.** v.39, n. 3, p.317- 24, set. 2005.

KESSLER, D. A. Communicating with patients about their medications. **New England Journal of Medicine.** v.325, p.1650-1652, 1991.

KIRSCHBAUM, D.I.R. The Participation of nursing in a project of desinstitucionalization. **Abstracts of the 10th World Congress of Psychiatry.** August 23-28; Madrid; Spain 1996.

KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em ação as habilidades de liderança.** 6ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.

KÜBLER-ROSS E. **Morte: o estágio final da evolução**. Rio de Janeiro: Record; 1975.

LEITE, M. da C. **Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas**. Brasília. Distrito Federal: Publicação Oficial da Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD, 2000.

LOPES, M.J.M.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**. Nº 24, p. 105-125, jan/jun. 2005.

LORGA JR., A.M.; LIMP, C.A.D.; SILVEIRA, C.G.B.N.; CAMARGO JR., K.R. de. O paciente crônico. **Inform. Psiq.** v.3, n.1, p. 11-14, 1982.

MACHADO, A.L.; CABRAL, M.A.A. Enfermarias de psiquiatria em hospital geral: duas experiências na visão de uma enfermeira. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Órgão Oficial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Vol.46. n.6, p.319-323, maio de 1997.

MACHADO, M.H. La mujer y el mercado de trabajo em el sector de la salud em las Américas: hegemonia femenina? In: GÓMEZ, E. **Gênero, Mujer y Salud em las Américas**. Whashington: OPS; 1993. p. 277-285.

MANFREDA, M.L.; KRAMPITZ, S.D. Orientation to modern developments and psychiatric nursing. **Psychiatric nursing**. Davis: cap. 5, p. 53-63, 1977.

MALLORY, G. A. Believe it or not: conflict can be healthy once you understand it and learn to manage it. **Nursing 81**, New York p. 97-102, June 1997.

MARCOLAN, J.F.; URASAKI, M.B.M. Orientações básicas para os enfermeiros na ministração de psicofármacos. **Rev.Esc.Enf.USP**. v.32, n.3, p.208-17, out. 1998.

MARWICK, C. MedGuide: At last a long-sought opportunity for patient education about prescription drugs. **JAMA**. v.277, p.949-950, 1997.

McDANIEL, S.H.; HEPWORTH, J.; DOHERTY, W.D. **Os desafios da doença crônica em: Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde**. Porto Alegre: Artes médicas, 1994.

MEDEIROS, C.C.S. **Saúde mental e o direito**. São Paulo: Método. 2004.

MELLO, R.A Construção do cuidado a família e a consolidação da reforma psiquiátrica. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de janeiro: v.13, n.3, set/dez de 2005.

MELO, C. **Divisão Social do Trabalho e Enfermagem**. São Paulo: Editora Cortez, 1986.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998

MIELNIK, I. **Dicionário de termos psiquiátricos**. São Paulo: Editora Roca, 1987.

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

MORHY, L. **Humanidades**. Brasília: UNB, 1999. p.26

MOURA, M.D. Psicanálise e urgência subjetiva. In: MOURA, M.D. (Org.). **Psicanálise e hospital**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

NUNES, SU. Atendimento de tentativas de suicídio em hospital geral. **Documento**. n.1, p43-5, 1991.

NYAZEMA, N. Z.; CHAVUNDUKA, D.; DZIMWASHA, M.; MADONDO, F.; MAFANA, E. & MBEWE, A. Drug information for the community: Type and source. **Central African Journal of Medicine**. v.37, p. 203-206, 1991.

OLIVEIRA, A.G.de; ALESSI, N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-americana de enfermagem**. v. 11, n. 3, p. 11-69 maio/junho 2003.

OLIVEIRA, M. B.; JORGE, M. S. B. Doente Mental e sua relação com a família. In: LABATE R.C.(org.). **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto: Scala, 1998.

PAVARINO, M.G.; PRETTE, A.D.; PRETTE, Z.A.P.D. Agressividade e empatia na infância: Um estudo correlacional com pré-escolares. **Interação em Psicologia**. v.9, n. 2, p. 215-225, 2005.

PEPLAU, H.E. **Interpersonal relations in nursing**. New York: Putnam's, 1952.

PESSINI, L. et al. Bioética e cuidado do bem estar humano: ética, humanização e vocação como desafio para os profissionais da saúde. **Revista o mundo da saúde**. v. 30, n. 3, pág. 113-19 jul/set. 2006.

PESSINI, L. **Bioética: humanização em saúde, vulnerabilidade, tecnociência e ética na pesquisa**. Disponível em: <<http://www.redadultosmayores.com/buscador/files/BIOET004.pdf>>. Acesso em 23 dez. 2006.

PESSINI, L. O desenvolvimento da bioética na América Latina – algumas considerações In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 1996.

PINHO, L.B. de; KANTORSKI, L.P. Condições de atendimento na unidade de emergência: um estudo qualitativo com famílias de pacientes. **Família Saúde Desenvolvimento**. Curitiba, v.8, n.3, p.223-232, set./dez. 2006.

PRUSOFF, B.; KLERMAN, G. Differentiating Depressed from Anxious Neurotic Out-Patients. **Archives General Psychiatry**. v.30, p.302-309,1974.

RANIERI, M.A. Contención Mecánica: Restricción de movimientos y aislamiento manual de uso y protocolos de procedimiento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.21, n. 4, 1999. ISSN 1516-4446.

REIKDAL, A.R.; MAFTUM, M.A. O cuidado com a saúde mental da equipe de enfermagem do PSF de uma unidade de saúde. **Revista Científica de Enfermagem Nursing**. n° 8, vol. 98, pg. 925. Julho de 2006.

REZENDE, A.L.M. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez. 1986.

ROCHA, R.M. Enfermagem psiquiátrica: que papel é este? Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia: Editora TeCorá, 1994.

ROCHA, F.F. da. **Hospício e colônias do Juquery: vinte anos de assistência aos alienados em São Paulo**. São Paulo: Typ. Brasil Rotschild, 1912.

ROIZBLATT, A. S.; CUETO, G. & ALVAREZ, P. Diagnóstico y tratamiento. Que saben los pacientes? **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**. v.97, p.491-495, 1984

ROLIM, M.A. **As representações sociais acerca do doente mental atendido em emergências psiquiátricas**. São Paulo. 1993.137p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROSSI, L.de.; GAVIÃO, A.C.D.; LUCIA, M.C.S. de.; AWADA, S.B. Psicologia e emergências médicas: uma aproximação possível. **Psicologia hospitalar**. v.2, n.2, São Paulo, dez. 2004.

RUIZ, J.S. **Contención Mecánica Restricción de movimientos y aislamiento manual de uso y protocolos de procedimiento**. Barcelona: Masson, 1999.

SÁ, A.C. de. **O cuidado do emocional em enfermagem**. São Paulo: Editorial Robe, 2001.

SANTIEIRO, K. A contenção em instituições não hospitalares brasileiras. **Anais do XI Encontro de Amigos do Autista**. AMA - Associação de Amigos do Autista, 2004

SANTOS, M.A.; BECHELLI, L.P. de C.. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: vol.12, n. 2, 2004.

SANTOS, C.T dos. **O enfrentamento das incapacidades e perdas geradas pela doença crônica: um estudo de portadores de insuficiência renal crônica em**

hemodiálise. Tese de mestrado, Universidade São Marcos, São Paulo, 1997.

SANTOS, C.T. dos.; SEBASTIANI, R.W. Acompanhamento Psicológico à pessoa portadora de doença crônica In: CAMON, V.A.A.(Org). **E a psicologia entrou no hospital.** São Paulo: Pioneira, 2001.


SANT'ANNA, E. L. Pronto socorro do HC interna pacientes até no corredor. **Jornal o Estado de São Paulo**, São Paulo, 27 ago. 2007. Vida & Saúde, caderno 1, p.

SARACENO B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** 2ed. Belo Horizonte: Te Cora, 2001.

SCHNEIDER, P.B. A psicologia do doente crônico. **Revista Internacional.** p. 16-27, 1976.

SEBASTIANI, R. W. A equipe de saúde frente às situações de crise e emergência no hospital geral: aspectos psicológicos. In: ANGERAMI-CAMOM, V.A. (Org.). **Urgências psicológicas no hospital.** São Paulo: Pioneira, 2002.

SEGRE, A.; SILVA, F.L.e; SCHRAMM, F.R. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio da autonomia. **Bioética revista do conselho federal de medicina.** v.6, n.1, p. 615-23, 1998.

SILVA, R.P. da. Estatuto do Idoso: em direção a uma sociedade para todas as idades?. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 898, 18 dez. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7723>>. Acesso em:  09 nov. 2007.

SILVA, A.T. de M.C. da; BARROS, S.; OLIVEIRA, M.A.F. de. Políticas de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Revista da Escola de Enfermagem USP.** v.36, n. 1, p.4-9, 2002.

SILVA, T. da; SCHENKEL, E.P.; MENGUE, S.S. *Patient knowledge about drugs prescribed in a teaching hospital.* **Cadernos de Saúde Pública.** v.16, n. 2, 2000. **ISSN 0102-311X.**

SILVA, M. J. P. A importância da comunicação nos processos de qualidade. **Rev. Nursing Brasil**, n.1, p.20-26, junho 1998.

SILVA, L.B.C. **A escolha da profissão uma abordagem psicossocial.** São Paulo: Unimarco, 1996.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A. da D.S. Acolhimento e vínculo de uma equipe do programa de saúde da família. **Caderno de saúde pública.** Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p. 1487-1494, nov/dez, 2004.

SONENREICH, C.; KERR-CORREA, F. **Escolhas do psiquiatra: saber e carisma.** São Paulo: Manole, 1985.

SPADINI, L.S.; SOUZA, M.C.B. de M. e. **A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares.** **Rev Esc Enferm USP.** v. 40, n. 1, p.123-7, 2006.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação com o paciente - teoria e ensino**. 2ed. SÃO PAULO: Robe, 1993

STETLER, C.B; BRUNELL, M.; GIULIANO, K.K.; MORSE D.; PRINCE L.; STOKES, V,N. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. **JONA**. v.28, n. 7/8, p.45-53, July/august, 1998.

STUART, G.W,; LARAIA, M.T. **Enfermagem psiquiátricas**. 4ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores, 2002.

TACSI, Y.R.C.; V. D.M.S. Nursing assistance in pediatric emergency services. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. vol.12, no.3, 2004. ISSN 0104-11692.

TAYLOR, C. M. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica. 13 ed, Porto Alegre: artes medicas, 1992

TAYLOR, C.M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

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

TOWNSEND, M.C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 2002.

TRAVELBEE, J. **Intervencion en enfermería psiquiátrica**. Colômbia: Carvajal, 1982.

VASCONCELOS, E.M. de V. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social – O desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade**. São Paulo: Cortez, 2000.

WAIMAN, M.A.P.; GUSMÃO, R. Família e cronicidade da doença mental: dúvidas, curiosidade e relacionamento familiar. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.3, n.2, p.154-162, jul./dez. 2001.

WAIMAN, M.A.P. Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental. In: Anais do IV Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e VI Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 1998. São Paulo, Brasil. Ribeirão Preto; 1998. p. 389-407.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto, 1998.

WARNER, C.G. **Enfermagem em emergência**. 2ed. São Paulo: Interamericana, 1980.

WEHBE, G.; GALVÃO, C.M. The emergency care unit nurse of a private hospital: some considerations. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.9, n. 2, 2001.ISSN 0104-1169.

ZANEI, S.S.V. Mobilidade sócio-profissional na enfermagem: aspectos de uma realidade em reconhecimento. **Acta Paul Enferm** v.8, n.4, p.19-27, 1995.

ZINN, G.R.; SILVA, M.J.P. da; TELLES, S.C.R. *Communicating with the sedated patient: experience of the caretakers*. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.11, n. 3, 2003. ISSN 0104-1169.

8. ANEXOS

ANEXO I

CARTA CONVITE

Eu, Cristiana Clarismélia Contiéri Silva, convido você a participar de um projeto de pesquisa titulado “Uma perspectiva da bioética sobre o atendimento ao paciente psiquiátrico pela equipe de enfermagem do pronto socorro do hospital universitário.”, sobre orientação do Prof.Dr. Cláudio Cohen e co-orientação do Prof.Dr.Marcio Fabri dos Anjos.

Por favor, antes de responder leia o termo de consentimento, ele é composto de duas vias, se você resolver aceitar assine as duas vias, uma ficará com você, e a outra ficará com o pesquisador.

Muito obrigada

Cristiana Clarismélia Contiéri Silva.

ANEXO II

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Caso nº **A. DADOS PESSOAIS:**

1. Idade:
2. Sexo: F () M ()
3. Profissão:
4. Tempo de formação:
5. Tempo de atuação na emergência:

B. FUNÇÕES DA ENFERMAGEM NO PRONTO SOCORRO:

- ❖ Em sua opinião quais são os principais cuidados de enfermagem a serem prestados ao doente mental na emergência?

- ❖ Quais são as necessidades básicas da enfermagem para que isso aconteça?

- ❖ Você acha que seu preparo acadêmico para o atendimento ao paciente psiquiátrico na emergência foi:

Muito bom () bom () insuficiente ()

C. ATENDIMENTO AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO:

- ❖ Você considera o grau de dificuldade para o atendimento de enfermagem ao doente mental na emergência:

() pequeno () médio () alto

- ❖ Diante do que você esperava que fosse um bom atendimento da enfermagem ao doente mental na emergência. Você acha que a realidade está:

() atingindo o ideal () próxima do ideal
 () distante do ideal () muito distante do ideal.

- ❖ Nas condições atuais existentes, em sua opinião o que ajuda e o que dificulta o atendimento a esse paciente na emergência?

AJUDA:

DIFICULTA:

D. SOBRE AS SUAS PERCEPÇÕES PESSOAIS E SENTIMENTOS:

- ❖ Quais dificuldades ou facilidades mais freqüentes você verifica no relacionamento interpessoal com o paciente psiquiátrico e com o seu familiar?

DIFICULDADES

FACILIDADES

Relate alguma experiência que você teve ao atender um doente mental aqui na emergência?

- ❖ OBSERVAÇÕES: OUTROS COMENTÁRIOS QUE QUEIRA FAZER

Muito obrigada pela sua colaboração
Cristiana Clarismélia Contiéri Silva
Pesquisador

ANEXO III**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.**

Eu, Cristiana Clarismélia Contiéri Silva, enfermeira, COREN-38721, discente de mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo, convido você a participar de uma pesquisa sobre orientação do Prof.Dr. Cláudio Cohen e co-orientação do Prof.Dr. Marcio Fabri dos Anjos, com o título: “Uma perspectiva da bioética sobre o atendimento ao paciente psiquiátrico pela equipe de enfermagem do pronto socorro do hospital universitário.”

O objetivo principal desta pesquisa é promover uma reflexão entre os profissionais da enfermagem sobre os conflitos existentes no atendimento ao doente mental no Pronto Socorro do Hospital Universitário – USP, e perceber quais as mudanças que podem ser feitas, para que haja uma melhora na qualidade da assistência de enfermagem prestada de acordo com a Bioética.

Sua participação nessa pesquisa será através de um questionário e ela é livre e voluntária, sinta-se a vontade em recusar a sua participação neste estudo e de responder apenas as questões que desejar.

As informações coletadas com a sua colaboração, serão mantidas em absoluto sigilo, garantindo assim o seu anonimato e as mesmas serão usadas apenas para o objetivo da pesquisa e estudo, podendo ser publicada em eventos e revistas científicas.

Esclareço também que você pode retirar a sua participação da pesquisa em qualquer momento, e apenas eu Cristiana Clarismélia Contiéri Silva, terei acesso direto aos dados dessa pesquisa.

A sua sinceridade nas respostas é muito importante, não se preocupe em dar respostas socialmente corretas e sim as que correspondem as suas reais convicções, pois o projeto de pesquisa não tem a função de julgar a ética dos comportamentos individuais.

Se após essas informações você estiver de acordo em participar dessa pesquisa, pôr favor, assine o termo de consentimento abaixo em duas vias, onde uma via permanecerá com o pesquisador e a outra via com você.

Deixo meu telefone, para qualquer esclarecimento que desejar, residência - 50110898, celular – 84429989.

Deixo também o endereço do CEP do HU- USP para qualquer esclarecimento que desejar: AV: Professor Lineu Prestes, 2565; 3º andar Butantã - Cidade Universitária - Universidade de São Paulo – CEP – 05508-900

Fone – (011) 30399479 ou (011) 30399457.

Eu abaixo assinado, declaro participar deste projeto de pesquisa, com inteira liberdade, após todos os esclarecimentos dos seus objetivos e condições.

São Paulo, ___ de _____ de 2007.

NOME- _____

ASSINATURA- _____

Eu, Cristiana Clarismélia Contiéri Silva, responsável pelo projeto: “Uma perspectiva da bioética sobre o atendimento ao paciente psiquiátrico pela equipe de enfermagem do pronto socorro do hospital universitário.”

Declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa para realizar este estudo.

Assinatura do pesquisador.

SÃO PAULO, ___ DE _____ DE 2007

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)