

Internação involuntária: as implicações para a clínica da enfermagem psiquiátrica*

INVOLUNTARY COMMITMENT: IMPLICATION FOR PSYCHIATRIC NURSING PRACTICE

INTERNACIÓN INVOLUNTARIA: IMPLICACIONES PARA LA CLÍNICA DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA

Lilian Hortale de Oliveira Moreira¹, Cristina Maria Douat Loyola²

RESUMO

Quando nos deparamos com Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI), percebemos que as características dessa internação podem causar implicações para a relação enfermagem/paciente. Relacionar os cuidados de enfermagem prestados ao paciente psiquiátrico, considerando o tipo de internação; analisar a reação da equipe de enfermagem em relação ao paciente de Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI), e discutir as implicações da IPI para a clínica da enfermagem psiquiátrica. Foi realizada uma Pesquisa de Campo com a equipe de enfermagem de uma instituição psiquiátrica do município do Rio de Janeiro. Após 50 horas de Observação Participante e 9 horas de realização de Grupo Focal sinalizamos que há uma preocupação das equipes com a evolução clínica das pacientes. Não foi observada qualquer manifestação da equipe de enfermagem em relação ao paciente de IPI. Não há registro, nem qualquer ação que aponte haver um olhar específico sobre esse tipo de paciente. A enfermagem não consegue identificar claramente esse paciente na enfermaria, direcionando o cuidado pela demanda ou solicitação do paciente.

DESCRITORES

Enfermagem psiquiátrica
Cuidados de enfermagem
Internação compulsória de doente mental
Transtornos mentais

ABSTRACT

The characteristics of involuntary psychiatric commitment (IPI) may cause implications on the nursing/patient relationship. The objectives of this study were to list the forms of nursing care delivered to psychiatric patients, according to the type of commitment; analyze the reaction of the nursing team towards the IPI patient, and discuss on the implications that IPI have on the practice of psychiatric nursing. A field research was performed with the nursing team of a psychiatric institution in Rio de Janeiro. After 50 hours of participant observation and 9 of focal group meetings, we found that the teams are concerned with the clinical evolution of the patients. No references of the nursing team to the IPI patient were observed. There are no records or actions of any kind that would suggest a specific look towards this type of patient. Nursing professionals are not able to clearly identify this type of patient, thus the care is provided as per the patient's needs or requests.

DESCRIPTORS

Psychiatric nursing
Nursing care
Commitment of mentally ill
Mental disorders

RESUMEN

Quando nos encontramos com Internación Psiquiátrica Involuntaria (IPI), percibimos que las características de internación pueden causar implicaciones en la relación enfermería/paciente. Relacionar los cuidados de enfermería brindados al paciente psiquiátrico, considerando el tipo de internación; analizar la reacción del equipo de enfermería en relación al paciente de IPI, y discutir las implicaciones de la IPI para la clínica de enfermería psiquiátrica. Investigación de Campo realizada con equipo de enfermería de institución psiquiátrica del Municipio de Río de Janeiro. Luego de 50 horas de Observación Participativa y 9 horas de realización de Grupo Focal, determinamos que hay preocupación del equipo con la evolución clínica del paciente. No se observaron manifestaciones del equipo en relación al paciente de IPI. No hay registro ni acción que determine una mirada específica sobre este tipo de pacientes. La enfermería no consigue identificar claramente al paciente, orientando el cuidado según demanda o solicitud del paciente.

DESCRIPTORES

Enfermería psiquiátrica
Atención de enfermería
Internación compulsoria del enfermo mental
Trastornos mentales

* Extraído da tese "Enfermagem psiquiátrica e internação involuntária: a clínica do fato existente", Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008 ¹ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Medico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisadora do Laboratório de Projetos e Pesquisa em Saúde Mental. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. lihortale@ufrj.br ² Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora do Laboratório de Projetos e Pesquisa em Saúde Mental. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. crisloyola@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A idéia central que organizou a saúde mental, nos últimos 200 anos, foi a de que o portador de transtorno mental é um indivíduo perigoso e ao mesmo tempo irresponsável que não responde por seus atos, devendo, por isso, ser excluído da convivência em sociedade, por medida de segurança, através da internação. Essa necessidade de segurança de qualquer sociedade evoca um medo que a loucura traz em si, em função da assim chamada *periculosidade* do louco. Falamos, aqui, sobre esse medo, que acompanha o homem por toda a sua existência⁽¹⁾.

O autor⁽¹⁾ descreve o medo como um objeto conhecido, que tem um objetivo determinado ao qual se pode fazer frente. O medo é o hábito que se tem em um grupo humano, de temer tal ou tais ameaças (real ou imaginária). É apropriado afirmar, contudo, que ao discutir o medo que o portador de transtorno mental evoca não nos referimos a um medo qualquer. Não é um medo abstrato, mas um medo em particular: o medo de apanhar. É do senso comum, para qualquer grupo (sociedade, família, profissionais de saúde, incluindo os técnicos em saúde mental), que este indivíduo é imprevisível, impulsivo e agressivo.

E, a partir do entendimento desse medo e, para garantir a segurança, poderia justificar-se a Internação Psiquiátrica Involuntária. Esse medo sustentou os argumentos da sociedade sobre a periculosidade do portador de transtorno mental e garantiu a legitimidade da exclusão social, através de muitas internações involuntárias, em nome da segurança do paciente, da família e da comunidade.

Salientando a concepção da doença fundada no conceito de periculosidade, incapacidade civil e imputabilidade, o hospício produziu uma cultura produtora de estigmas no imaginário social que são hoje muito mais difíceis de modificar que o próprio asilo. Por isso é importante desfazer os asilos mentais e as mentalidades asilares que corroboram com o nosso olhar clínico e compõem a nossa clínica. E com toda a cultura, é preciso determinar outros sistemas simbólicos, outras verdades possibilitadoras de subjetividades, liberdades e dignidade para todos⁽²⁾.

A psiquiatria, no Brasil, vive um processo de mudanças mais efetivas desde 1987, a partir do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, o qual tinha, por base negar a hospitalização como forma primeira de tratamento e propor novas formas de atendimento ao indivíduo portador de transtorno mental. Desde então, iniciativas políticas de elaboração e discussão de leis e de ações do governo foram criadas buscando políticas que lhe garantam um cuidado digno e consolidem o respeito e a cidadania.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) constituiu-se em uma luta contínua, e a partir dela originaram-se também algumas Associações de Familiares, usuários e Organizações Não Governamentais (ONGS), organizados na luta pela causa maior, que é a atenção eficiente e digna ao portador de transtorno mental. Passamos por três Conferências Nacionais de Saúde Mental onde, de forma gradual, e às vezes tímida, as idéias foram amadurecendo, e buscava-se a compreensão dos benefícios dessas mudanças⁽³⁾.

Após quase quinze anos e incansáveis discussões, foi aprovada a Lei 10.216 de 06/04/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei é considerada como a Lei da Reforma Psiquiátrica, ressaltando que do texto original, o Projeto de Lei 3.657/1989, resultante na Lei 10.216 foi retirado o que o autor do Projeto trazia e entendia como base da reforma, que era a substituição dos manicômios, e que foi responsável, também, pela forte oposição a ela, criada e orquestrada pela Federação Brasileira de Hospitais

A Internação Involuntária é uma realidade, e as instituições psiquiátricas adotam como medida de tratamento a internação de um portador de transtorno mental utilizando-se frequentemente de contenção física e mecânica no ato da internação, de modo a conter a agitação e hostilidade do paciente.

A Lei 10.216 vem, assim, graduar tanto a periculosidade quanto a inimputabilidade deste indivíduo, por meio de dois encaminhamentos principais: a criação de programas de inserção desses pacientes à comunidade, com o tratamento em dispositivos terapêuticos extra-hospitalares, como as Residências Terapêuticas, a assistência ambulatorial e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além do *Programa De Volta pra Casa*, que passam a ser organizadores da rede, e com a regulamentação cuidadosa dos procedimentos de internação psiquiátrica, a partir da criação da Portaria nº. 2.391 de 26 de dezembro de 2002, que regulamenta o controle das internações psiquiátricas de acordo com o disposto na Lei 10.216 e os procedimentos de notificação da comunicação das internações involuntárias ao

Ministério Público, pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde (SUS).

Há três décadas já se falava sobre a indignidade de uma internação involuntária. Pautava a sua explanação com evidências médica, moral, histórica e literária, e afirmava-se que o confinamento, isto é, a detenção de pessoas em instituições psiquiátricas contra sua vontade seria uma forma de aprisionamento, com a prática de homens *sãos* encarcerando seus semelhantes *insanos* em hospitais psiquiátricos, e um crime contra a humanidade. A Internação Involuntária é uma realidade, e as instituições psiquiátricas adotam como medida de tratamento a internação de um portador de transtorno mental utilizando-se frequentemente de contenção física e mecânica no ato da internação, de modo a conter a agitação e hostilidade do paciente⁽⁴⁾.

A medicalização não se limitou, ao longo da história, à referência de doente atribuído ao louco. A evidência nesse processo foi a construção do modelo psiquiátrico asilar. O importante é a relação medicina-hospitalização, o desenvolvimento de uma tecnologia hospitalar, o desenrolar do poder na instituição, a manutenção de um mandato social a partir de práticas centradas, inicialmente, no suporte asilar⁽⁵⁾.

Atualmente, a partir do trabalho de atenção psicossocial, onde houve um abandono parcial de tratamento, para a *cura*, esses instrumentos de excessiva coerção química ou física tendem a ser superados por outros que proporcionem a escuta e a valorização do sujeito-cidadão que sofre mentalmente⁽⁶⁾. A loucura é uma condição humana e nos constitui como seres humanos tanto quanto a razão. A sociedade, para ser civilizada, deve aceitar ambas, mas vem aceitando a loucura somente ao certificar-se da existência de uma ciência positiva capaz de retirar a loucura do meio social⁽⁷⁾.

Nesta interface razão e loucura, tendo como um dos guias de análise, a categoria medo e como fato a existência da internação involuntária, entendemos ser possível discutir a qualidade/realidade do cuidado prestado ao portador de transtorno mental pela equipe de enfermagem, frente à internação involuntária de pacientes em hospitais psiquiátricos especializados.

As experiências vivenciadas pelo portador de transtorno mental durante a hospitalização são pontuadas por diversos aspectos que transpõem uma análise baseada no que a literatura nos apresenta. Assim como conviver e repartir com estes pacientes as experiências do cotidiano em uma instituição psiquiátrica e, desta forma, compartilhar suas perspectivas e suas percepções é poder, talvez, compreender um pouco da sua dor.

O cuidado de enfermagem ideal, dentro das instituições psiquiátricas, envolve uma maior proximidade entre enfermeiro e o paciente, favorecendo a independência desse último em relação ao cuidador, de forma que seja estimulado o pensamento crítico para seu crescimento e amadurecimento, melhorando suas ações e relações com o meio através da maneira de se autocuidar, pensar, agir, escolher, enfim, que seja um cuidado que ajude o paciente a encontrar um sentido de ser⁽⁸⁾.

A relação enfermeiro-paciente implica numa série de interações planejadas com uma meta a ser alcançada. É uma experiência de aprendizagem compartilhada pelo enfermeiro e pelo paciente, em que ambos desenvolvem suas capacidades interpessoais⁽⁹⁾. Nesse processo, os participantes estão envolvidos na experiência, embora o grau e o tipo de compromisso possam variar e cada um afeta e é afetado pelos sentimentos, pensamentos e comportamentos do outro.

A Enfermagem Psiquiátrica é um processo de busca, que implica uma relação interpessoal de ajuda. Para alcançar tal propósito, são indispensáveis alguns requisitos, tais como: capacidade de amar (como oposto à indiferença), solidariedade, liberdade, participação inte-

rativa, preparo técnico e científico e, finalmente, consciência crítica⁽¹⁰⁾.

Na enfermagem psiquiátrica, o cuidado só existe pós-demanda, devendo ser discreto e acolhedor, possibilitando alternativas de expressão da sua produção psíquica⁽¹¹⁾. Devemos ressaltar que, dois pacientes que supostamente apresentem a mesma patologia, não terão, necessariamente, o mesmo quadro clínico. A esse respeito, cabe registrar que a maneira pela qual cada pessoa vive e interpreta sua história é sempre única e intransferível. E a enfermeira deve ter *prontidão para cuidar*, disponibilidade que implica em conhecê-lo e estar ao seu lado, construir caminhos possíveis, com ele e não para ele⁽¹²⁾.

Analisar o cuidado de enfermagem psiquiátrica no contexto da internação implica na responsabilidade de enfrentar o desafio de encontrar respostas para uma prática de difícil teorização e sistematização, relacionada às próprias incertezas do tratamento do transtorno mental, e principalmente, por se tratar de uma prática com muitas dimensões.

Habitualmente, todo paciente admitido em uma unidade de internação, independente da clínica apresentada, espera receber um cuidado de qualidade pela equipe de enfermagem que irá atendê-lo. Porém, ao nos depararmos com a situação específica da internação psiquiátrica involuntária, em que o paciente deixa claro não querer estar ali e nem desejar receber qualquer cuidado prestado, as características dessa internação causarão implicações para a relação enfermagem/paciente, no contexto do cuidado prestado pela enfermagem.

O cuidado entendido como necessário e essencial para a melhora da qualidade de vida do paciente. Porém, o sucesso do tratamento está diretamente relacionado ao modo de como este compreende sua doença e o que faz com tudo, a partir disso. Há necessidade de acolhimento para atender a essa demanda, que em muitos momentos é ineficiente e deficitária no atendimento de portadores de um transtorno mental e seus familiares⁽¹³⁾.

OBJETIVOS

Relacionar os cuidados de enfermagem prestados ao paciente psiquiátrico, considerando o tipo de internação; analisar a reação da equipe de enfermagem em relação ao paciente IPI e discutir as implicações da internação involuntária para a clínica de enfermagem psiquiátrica.

MÉTODO

Para delinear o método deste estudo foi utilizada uma abordagem qualitativa, pois desta forma os resultados foram evidenciados de forma satisfatória para a interpretação, análise e discussão dos dados⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

O Referencial Teórico foi composto de uma análise multirreferencial dos estudiosos da saúde mental e da en-

fermagem Psiquiátrica, a partir das informações que emergiram dos resultados.

Utilizamos a Técnica de Pesquisa de Campo⁽¹⁶⁾ para a coleta de dados e tivemos como sujeitos e cenário deste estudo, respectivamente, as equipes de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), plantonistas das enfermarias (masculina e feminina), de uma instituição psiquiátrica universitária, localizada no município do Rio de Janeiro.

Em um primeiro momento foram realizadas 50 horas de observação participante⁽¹⁶⁾ do cotidiano da internação, a partir da admissão do paciente. Posteriormente foi utilizada a técnica de Grupo Focal⁽¹⁷⁾, com 9 horas de discussão com equipe de enfermagem.

A observação teve como foco o cuidado prestado pela equipe de enfermagem, com ênfase na relação interpessoal, durante o período de internação hospitalar. Durante a observação houve a oportunidade de conversar com os pacientes sobre as situações que envolviam o processo de internação, o que possibilitou a aquisição de informações valiosas para a contextualização das situações observadas. Apesar dos pacientes não serem os sujeitos-alvo desse estudo, torna-se difícil fazer uma observação criteriosa do cuidado, sem considerar seus depoimentos, que acabaram por constituir-se em dados importantes para o estudo.

Para a realização do Grupo Focal foram reunidos três subgrupos, com cerca de 6 pessoas em cada, numa discussão que teve por objetivo revelar experiências, sentimentos e percepções acerca da IPI, ressaltando que a Observação Participante foi fundamental para tematizar as discussões do Grupo Focal. Os grupos foram formados por participantes com características em comum, neste caso, a equipe de enfermagem da unidade de internação da instituição estudada, incentivados a conversarem entre si, trocando experiências e interagindo sobre suas idéias, sentimentos, valores e dificuldades referentes ao tema proposto.

O Grupo Focal foi realizado nos dias 28 de setembro, 05 de outubro e 30 de novembro de 2007, e contou com a participação de 20 membros da equipe de enfermagem, sendo 9 enfermeiros e 11 técnicos de enfermagem, respectivamente. A observadora foi uma professora da Escola

de Enfermagem Anna Nery, e membro do Laboratório de Projetos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, responsável pelo registro das principais impressões verbais e não verbais manifestadas pelos grupos.

O desenvolvimento deste estudo atendeu ao disposto na Resolução nº. 196/96 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery / Hospital Escola São Francisco de Assis - EEAN/HESFA, sob o protocolo nº 052/06.

Os dados foram analisados através dos princípios da análise dos conteúdos, através do foco da pesquisa social⁽¹⁴⁻¹⁶⁾, a partir de um levantamento das informações mais relevantes oriundas da Observação Participante, com ênfase no cotidiano do cuidado prestado, com as informações registradas em Diário de Campo, e pela realização de um confronto com o discurso da equipe, durante o Grupo Focal.

A análise dos conteúdos, na pesquisa qualitativa, responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis⁽¹⁴⁻¹⁶⁾, o que evidenciou-se pertinente ao estudo proposto.

RESULTADOS

A análise dos dados foi pautada no que a equipe de enfermagem entendia como Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI), baseada no comportamento apresentado pelo paciente durante a internação, pois tal evento não foi reconhecido, nomeado e enquanto fato que merece um olhar e um cuidado diferenciados. Assim, apresentamos os dados coletado nas duas etapas da Pesquisa de Campo⁽¹⁶⁾.

O cuidado invisível do fato inexistente

Com base nos resultados das duas etapas da coleta de dados foi possível elaborar uma discussão sobre as implicações da IPI na clínica da enfermagem psiquiátrica, como foi possível observar a seguir:

Quadro 1 - Glossário do fato inexistente - Rio de Janeiro - Agosto/2006 a julho/2007

Avaliação da equipe sobre o fato	A reação do paciente	Contradição: desencontro de discursos
A equipe avalia que o paciente que fugir	<i>Me deixa com raiva, querer tratar em casa e ninguém deixar.</i>	O desejo do paciente em querer ir para casa é sempre analisado fora da razão e reforça o sintoma
A equipe considera os pacientes como heteroagressivos	<i>Elas (as outras pacientes) roubam, gritam, brigam de bater...</i>	A ociosidade somada à desassistência corroboram para atitudes hostis entre os pacientes

Continua...

...Continuação

Avaliação da equipe sobre o fato	A reação do paciente	Contradição: desencontro de discursos
A equipe não considera o tempo de internação e avalia que o paciente é muito solicitante	<i>Eu fui lá no posto perguntar à enfermeira sobre a minha licença e a garota que estava lá, me respondeu que licença quem dá é a prefeitura... (internada há 72 dias)</i>	Há uma lacuna estabelecida entre as necessidades do paciente e a tolerância da equipe em relação a essas necessidades
A equipe avalia que o paciente carece de atenção constante em função de não ter a presença assídua do médico assistente	<i>A enfermagem não deixa a gente no vácuo.</i>	A ausência do profissional médico estabelece um maior vínculo entre paciente e equipe de enfermagem
A equipe avalia que o paciente precisa entender a importância em aceitar a medicação como garantia de melhora do quadro psíquico	<i>...e a enfermeira só me dizia: Calma! Se ele (o médico) achar que você piorou, vai deixar você aqui mais tempo.</i>	A recusa da medicação é vista como um sinal de não cooperação do paciente ao tratamento e não como uma expressão de não querer estar internado. Assim passa-se à medicação injetável
A equipe considera a tristeza do paciente apenas como um possível sintoma de depressão	<i>Eu quero apagar da minha mente os dias em que passei aqui</i>	A angústia expressa pelo paciente é sinalizada como mais um sintoma e não como um inconformismo relativo à IPI
A equipe avalia a irritação do paciente como um sintoma de agitação	<i>O doutor só dizia pra eu ter paciência ... parecia um gravador e não um médico.</i>	A indignação sobre a IPI é mais uma vez associada como um sintoma psíquico
A equipe considera algumas manifestações do paciente como um comportamento hostil	<i>Isso me deixava revoltada.</i>	A impaciência do paciente com o pouco compromisso do médico assistente é sinalizada como manifestação de hostilidade
A equipe em geral não tem autonomia para liberar o pátio sem o consentimento ou prescrição do médico assistente	<i>Eles (os médicos) parecem não ligar. Só dão um tchauzinho de longe.</i>	A ausência diária do médico assistente para uma avaliação e possível liberação do pátio desdobra-se em uma cobrança para a equipe de enfermagem que encontra-se de plantão
A equipe avalia a manifestação de desespero do paciente como um risco de suicídio	<i>Fui traída pela minha família</i>	Ainda que o paciente evidencie a causa do desespero, mais uma vez tal manifestação é determinada como um sintoma e conseqüente necessidade de vigilância, sem que haja uma conversa com o paciente sobre o porque de seu sofrimento.
A equipe corrobora com a prescrição de contenção mecânica, ao considerar o risco desse paciente à integridade física de que está por perto	<i>...eu já não me importo, fiquei amarrada várias vezes e não morri (...) eu não agüento isso! Os médicos ficam um tempão sem aparecer.</i>	Há um exercício constante de poder do profissional a qualquer sinal de descontrole do paciente diante do que ele considere ser um desrespeito com o seu tratamento.
Uma grande sedação é justificada pela equipe como sendo um quadro de letargia	<i>Estava bem melhor até me entupirem de remédio.</i>	Há um estado freqüente de desassistência ao não se avaliar a relação de dose/efeito em relação ao que se considera necessário para a remissão dos sintomas de um quadro psíquico.

Nota: O quadro apresenta os dados coletados durante a Observação Participante e o Grupo Focal, fazendo um confronto entre os mesmos

DISCUSSÃO

Nesta etapa do estudo nos propusemos a traçar uma discussão, fundamentada, acerca das informações contidas no quadro acima e analisá-las à luz dos estudiosos da saúde mental, que foram selecionados para o referencial teórico.

Assim, podemos afirmar que entre as dificuldades apontadas pela equipe destaca-se o quadro clínico do paciente que apresenta resistência à abordagem, manifesta através de hostilidade, agitação e agressividade verbal e/ou física, em especial com relação à equipe de enfermagem, justificando-se essa dificuldade pelo fato da equipe apresentar um maior contato com o paciente ao logo do plantão. Buscando superar essas dificuldades, é produtivo que o enfermeiro esteja preparado

para ficar exposto a sentimentos e emoções intensos inerentes à relação interpessoal, no contexto enfermeiro-paciente.

Ainda nos dias de hoje, a equipe permanece com o olhar de que o paciente considerado *grave*, que segundo a equipe de enfermagem é aquele indivíduo que apresenta risco de fuga, suicídio ou comportamento hostil e agressividade física e/ou verbal à abordagem, e deve ser vigiado constantemente para não por em risco a integridade dos demais pacientes e da própria equipe, que ressalta a todo o momento a sua fragilidade quanto à autonomia.

A equipe aponta que o paciente que já chega à instituição, mal orientado pelo médico que o atende e que permanece na enfermaria sem ter suas questões respondidas, não vai manter uma relação terapêutica com a enfermagem que

cumprir ordens de medicá-lo sem também ter respostas a dar, pois não há uma interação multiprofissional e tampouco uma discussão sobre cada situação apresentada.

Parece que a enfermagem ainda mantém o olhar da psiquiatria comprometida com uma visão reducionista de um transtorno mental, da aspereza de uma visão dogmática em relação ao mesmo. Os efeitos de tais práticas tiveram implicações importantes no cotidiano da equipe de enfermagem, como a questão das enfermarias fechadas que encontramos nas últimas décadas e o seu papel de vigia. E isso refletiu, na assistência prestada pelos profissionais mais novos que atuavam na instituição.

A contrariedade com os médicos se exprime, em geral, através de queixas de atitudes pouco cuidadosas para com a importância de intercorrências clínicas dos pacientes e em relação aos pacientes que estão vivenciando uma internação hospitalar contra a vontade. Há um incômodo, por parte da equipe de enfermagem, de que tais intercorrências não sejam avaliadas com a seriedade necessária pelo médico assistente, que passa pouco tempo ao lado do paciente, e limita sua frequência a rápidas visitas, com o objetivo de atualizar ou repetir as prescrições.

A despeito da crítica da equipe em relação à sua pouca constância, ou mesmo à ausência do médico nas enfermarias em dias de plantões mais agitados, também não se evidenciou a presença da enfermagem ao lado do paciente, fora dos momentos de cuidados de enfermagem fundamentais. E existem, ainda, outras questões que implicam no distanciamento do enfermeiro no cuidado. Um dos aspectos de relevância trata-se do fato que, na instituição em que o profissional trabalha, muitas vezes não se oferece outra possibilidade de tratamento senão a forma custodial, na qual há oferta de abrigo, comida, medicação e agasalho⁽¹⁸⁾.

É possível dizer, no entanto, que uma tendência diferente vem sendo esboçada, ainda que de forma discreta, restabelecendo a função do enfermeiro psiquiátrico. A enfermagem psiquiátrica determina seu papel buscando práticas verdadeiramente terapêuticas, diferenciadas do controle exercido na esfera hospitalar, em que a idéia de integrar o indivíduo à família e ao meio ambiente sociocultural seja o foco da atenção...

É neste sentido que a enfermagem não se prende a uma prática de vigilância e cuidados físicos ao portador de transtorno mental, mas faz parte de uma equipe multiprofissional terapêutica, que possibilita ao sujeito enfrentar suas dificuldades e sintoma capaz de viver em comunidade.

A complexa ação de desconstruir conceitos propostos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira não ocorre tão somente

no domínio da comunidade. Os maiores responsáveis por um juízo equivocado sobre o transtorno mental talvez sejam os próprios profissionais da saúde. Seu ambiente de trabalho acaba por perpetuar percepções particulares e saberes produtores da exclusão social desse paciente.

Nesse contexto, o modelo preconizado pela Reforma direciona seu olhar para o sujeito e sua subjetividade, preocupando-se com o cotidiano desse indivíduo, sua família, escola, igreja, clube e outros. Assim, as ações dos enfermeiros terão por finalidade um cuidado que vise a totalidade do sujeito: há de considerá-lo uma pessoa plena de sentimentos e inserida em um contexto social, sendo estes fatores utilizados em prol do seu tratamento.

A busca constante de diálogo entre enfermagem e paciente serve para cultivar a confiança entre as partes, através do respeito e da empatia empreendidos no cuidado. Independente do diagnóstico clínico, o paciente sente-se debilitado em diversos aspectos, por isso, o tipo de atenção que recebe no hospital pode colaborar para uma melhora do seu estado geral, fazendo-o perceber que essa comunicação pode auxiliar na sua melhora.

É importante ressaltar que, independente do tipo de instituição, ou clínica, as cobranças das instituições por metas, regras e produtividade a serem atingidas culminam no processo de tecnicismo vivenciado atualmente na área da saúde e dificultam o estabelecimento de um relacionamento terapêutico embasado na empatia, na escuta e no respeito à individualidade do paciente.

E esses saberes assinalam o conhecimento técnico dos enfermeiros, entretanto, a capacidade política ainda precisa ser apurada, como território de participação, uma vez que a enfermagem necessita buscar maior participação entre as transformações da assistência

psiquiátrica, oriundas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e essa crítica permitirá uma reflexão sobre a enfermagem psiquiátrica. Como exercitar uma capacidade de crítica (e autocrítica) experienciando uma fragilidade e um exercício de defesa, diários, na prática do cuidado de pacientes psiquiátricos agudos, resistentes à internação?

O que ocorre, em geral, é que o hospital psiquiátrico é um espaço onde a hierarquia e a dureza das relações e da disciplina independem do tipo de psiquiatria que ali se pretende desempenhar. E este ambiente, na maioria das vezes, inviabiliza o acolhimento ao paciente. Há nessa conjuntura espacial excessiva cautela, elementos intensos de periculosidade que excluem o sujeito de seu lugar característico, para um caminho comum de perigo e medo, real ou imaginários⁽¹⁸⁾. O medo relaciona-se, com o entendimento de que o portador de transtorno mental usa da agressividade com todos e a qualquer momento. Esta visão não considera que qualquer indivíduo, ainda que considerado

normal, reage de maneira agressiva quando agredido, ou quando sob grande tensão.

Através do medo, os profissionais demonstram uma ansiedade com sua própria integridade física e, dessa forma, adotam uma estratégia de punição como manutenção do espaço da ordem do contexto institucional. A equipe de enfermagem está freqüentemente imersa em um alto nível de stress e ansiedade. É complexo compreender como pode suportar tamanha ansiedade, o que, de fato, *ela não pode*. E acrescido a isso, a prática desta equipe provoca sentimentos fortes e confusos nas enfermeiras: compaixão, amor, aversão e ressentimento pelos pacientes por provocarem tal intensidade de sentimentos. O trabalho envolve se ocupar de tarefas que, em geral, são desagradáveis, e provocam um de misto nojo e medo⁽¹⁸⁾.

Através desses sentimentos os profissionais demonstram uma preocupação com a própria integridade física e, assim, muitas vezes, recorrem a uma atitude autoritária e punitiva, como sustentação do espaço no contexto hospitalar. Há, ainda, um desdobramento da relação desses sentimentos, ou seja, a relação entre punição e agressividade, na percepção do paciente, ou do próprio profissional envolvido no cuidado.

Assim, há uma coerência que varia de acordo com a ocasião e as condições psíquicas dos sujeitos dessa relação. Produzem-se, em paralelo, estratégias coletivas de defesa, no sentido de amparar a equipe, nas experiências de ansiedade, culpa, e incerteza. E, ao conjunto destas estratégias, denominamos de um sistema social de defesa que se desenvolve através do tempo como produto de uma interação secreta ou não dita e de um acordo secreto, freqüentemente inconsciente, entre os membros de um grupo⁽⁸⁾.

Existem outras questões que implicam no distanciamento do enfermeiro no cuidado. Um dos aspectos de relevância trata-se da instituição em que o profissional está inserido, pois muitas vezes não oferece outra possibilidade de tratamento senão a forma custodial, na qual há oferta de abrigo, comida, medicação e agasalho⁽²⁰⁾.

A prática cotidiana dos profissionais de enfermagem psiquiátrica e a discreta inserção desta equipe no contexto atual da política assistencial marcadas pela Reforma Psiquiátrica corroboram para a afirmação de que a maior parte deste grupo ainda não detém completo conhecimento para atuar em Enfermagem Psiquiátrica e não está informada de maneira integral sobre as mudanças políticas que vêm ocorrendo no campo da saúde mental.

Apesar do discurso dos enfermeiros estar orientado para a superação dos métodos manicomial, a prática predominante em suas ações mantém as características tradicionais, ainda que o discurso aponte para atividades de relacionamento interpessoal e trabalho interdisciplinar. Assim, embora reconheçam as restrições do modelo biomédico na abordagem do sujeito com transtornos mentais, ocupam-se, habitualmente, da patologia do sujeito, ao atar-se aos sintomas dos pacientes.

É possível afirmar que há uma lacuna entre o conhecimento da equipe sobre o modelo asilar em relação ao modelo psicossocial. Enquanto o primeiro modelo reduz o cuidado da clínica a uma classificação da loucura como doença que deve ser tratada e controlada, o modelo psicossocial propõe a ampliação do conceito de loucura, entendendo a pessoa em sua subjetividade, inserida no contexto social e valorizada como cidadão com direitos e deveres na sociedade⁽²⁰⁻²¹⁾.

Há uma real preocupação da equipe acerca da dificuldade encontrada em cuidar de um paciente resistente ao cuidado, e a conseqüente falta de conhecimento da equipe acerca das questões que envolvem uma IPI, porém não discutem como deveria ser realizado esse cuidado com êxito. É importante compreender o paciente, uma vez que cada sujeito reage à doença de maneira única. Logo, é preciso estar atento ao que leva uma pessoa a buscar um tratamento. Apenas a partir dessa compreensão, é possível que a equipe reflita e ponha em prática o bom cuidado de enfermagem⁽⁹⁾.

CONCLUSÃO

A prática da enfermagem psiquiátrica é árdua, considerando a experiência cotidiana com um transtorno mental. E essa dureza provoca ao mesmo tempo o sofrimento mental e físico, na equipe. O cuidado em enfermagem psiquiátrica, em especial em uma unidade de internação, confronta-se com as dificuldades inerentes à própria área, que cobra desses profissionais um nível elevado de improvisação, agravados e revelados pela falta de condições adequadas para o trabalho cotidiano. Em compensação, este aspecto permite um exercício da criatividade, refletindo-se em estímulo para a capacidade de cada um.

O elenco deste estudo, não obstante o fato de permanecer em um vazio de compreensão sobre *o que e como fazer*, cuida do paciente em transtorno mental em uma internação involuntária, ainda que através de uma prática de um cuidado invisível sobre um fato inexistente. A fragilidade relatada com freqüência pela enfermagem consistiu no fato desta equipe avaliar não ter qualquer autonomia para uma tomada de decisões, afirmando não ter boas condições de realizar um trabalho qualificado tendo que estar atuando de acordo com as decisões do profissional médico, revelando a eterna vitimização da enfermagem e a terceirização da responsabilidade sobre os fatos.

Contudo, embora houvesse uma crítica constante da equipe de enfermagem em relação à pouca freqüência, ou mesmo à ausência do médico nas enfermarias, também não observamos a presença da equipe enfermagem ao lado do paciente, exceto nos momentos de cuidados fundamentais. Na maioria das vezes em que observamos o enfermeiro, em especial, foi evidente a permanência deste profissional no posto de enfermagem cuidando de papéis ou conversando entre si, esquivando-se, de atuar como um enfermeiro psiquiátrico, com o tempo para escuta, a prontidão para cuidar ou ao menos, próximo ao paciente.

Mas essa equipe, repleta de contradições, deixou evidente para a pesquisadora que a enfermagem vê o paciente como o protagonista da sua prática cotidiana e cuida desta pessoa em transtorno mental, embora o faça, na maioria das vezes, de maneira instintiva.

Concluindo, foi possível afirmar que a enfermagem ainda detém um conhecimento superficial sobre os construtos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Lei da Reforma e as implicações de uma IPI para a clínica da enfermagem psiquiátrica, que permanece um fato inexistente, para qual o cuidado continua invisível.

REFERÊNCIAS

1. Delumeau J. O medo no ocidente: 1300-1800, uma cidade sitiada. São Paulo: Companhia das Letras; 1989.
2. Silva Filho JF, Leibing AG. A psiquiatria, sua história e seu futuro no Brasil. In: Albuquerque P, Libério M. Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ; 1999. p. 13.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília; 2001.
4. Szasz TS. Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem. Rio de Janeiro: Zahar; 1977.
5. Castel R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
6. Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. Rev Lat Am Enferm. 2003;11(3):333-40.
7. Basaglia F. A psiquiatria alternativa. São Paulo: Brasil Debates; 1979.
8. Bressan VR, Scatena MCM. O cuidar do portador de transtorno mental crônico na perspectiva do enfermeiro: um enfoque fenomenológico. Rev Lat Am Enferm. 2002;10(5):682-9.
9. Cardoso TVM, Oliveira RMP, Loyola CMD. Entendendo a teoria de Peplau e a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2006;10(4):718-24.
10. Miranda CML. Algumas questões sobre assistência de enfermagem psiquiátrica de qualidade. Por uma assistência psiquiátrica em transformação. Cadernos IPUB. 1999;(3):95-101
11. Miranda CM, Rocha RM, Sobral VRS. O ensino, a pesquisa e a assistência de enfermagem psiquiátrica. Rev Enferm UERJ. 1999;7(2):193-7.
12. Oliveira RMP. Por uma clínica de enfermagem psiquiátrica: o intuir empático como uma proposta de modelo teórico da enfermagem psiquiátrica [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
13. Spadini LS, Mello e Souza MCB. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(1):123-7.
14. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2002.
15. Becker HS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
16. Cicourel A. Teoria e método em pesquisa de campo. In: Guimarães AZ. Desvendando máscaras sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1975. p. 85-124.
17. Debus M. Manual para excelência em la investigacion mediante Grupos Focales. Washington: Academy for Educational Development; 1997.
18. Loyola C, Figueiredo ACV. Cuidando de quem cuida: uma experiência de supervisão em enfermagem. Cadernos IPUB. 2000;6(19):37-53.
19. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio Janeiro: FIOCRUZ; 2000. p. 141-68.
20. Olschowsky A. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação "Latu Sensu" [tese doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.
21. Olschowsky A, Duarte MLC. Saberes dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário Rev Lat Am Enferm. 2007;15(4):689-91.