

O ATENDIMENTO DO DOENTE MENTAL EM PRONTO-SOCORRO GERAL: SENTIMENTOS E AÇÕES DOS MEMBROS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM*

CARING OF THE MENTAL ILL PATIENT IN THE EMERGENCY ROOM: FEELINGS AND ATTITUDES FROM NURSE'S STAFF

Claudinei José Gomes Campos**
Marina Borges Teixeira***

CAMPOS, CJG; TEIXEIRA, MB, O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. **Rev Esc Enf USP**, v. 35, n. 2, p. 141-9, jun. 2001.

RESUMO

Estuda-se aqui o cotidiano de assistência ao doente mental apresentado pelos membros da equipe de enfermagem de um Pronto-Socorro Geral. Os objetivos foram descrever os sentimentos destes indivíduos em relação ao doente mental e seu atendimento naquele local e analisar como é oferecida esta assistência. A relação dinâmica entre pensar, sentir e agir, demonstrou que a maioria dos indivíduos estudados apresentava fortes concepções de senso comum. Os sentimentos variavam entre pena, medo e raiva, dependendo do tipo de comportamento apresentado pelos pacientes. O atendimento prestado foi quase exclusivamente voltado aos aspectos técnicos da profissão, em uma vertente organicista/biológica.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem psiquiátrica. Assistência de Enfermagem. Emergência.

ABSTRACT

This work is based upon a day-by-day study of the services provided by a nurse team at a mentally impaired emergency room. Our aim is to study staff's reactions toward the patients as well as service itself. We could feel the dynamic relation among thinking, feeling and performance created strong conceptions on individuals based upon a common sense. The feelings noticed are: pity, scare and rage depending upon behavior. The assistance given to the mentally impaired is, at large, based exclusively on technical data resorted to organic/biological aspects.

KEYWORDS: Psychiatric nursing. Nursing care. Emergency.

INTRODUÇÃO

O movimento de desinstitucionalização propõe um novo modelo assistencial, tendo como prioridades a manutenção e integração do paciente na comunidade. Os serviços de emergências psiquiátricas surgem como um dos pilares assistenciais deste contexto de atenção ao doente mental, provido de uma rede de atenção diversificada, descentralizada e integrada à rede de serviços de saúde.

Estes serviços visam à redução do número e do tempo de internações, e devem racionalizar os critérios de hospitalização, tratando de transtornos mentais agudos que tenham condições de remissão ou

estabilização num prazo de 72 horas. Mesmo o tratamento de emergência deve reconduzir o paciente à comunidade, a não ser em casos especiais que necessitem de comprovada internação hospitalar (MENDES et al., 1995).

Na vida diária, várias vezes é comum deparar-se com situações ligadas ao atendimento do doente mental, em Pronto-Socorro Geral (PSG), que aguçam o interesse em estudá-las. Por exemplo, o fato de muitos dos pacientes psiquiátricos que, ao adentrarem o Pronto-Socorro, apresentando extrema agitação e agressividade, após serem admitidos na

* Resumo de Dissertação de Mestrado, de mesmo título, apresentada à EE-USP em 1996.

** Enfermeiro, Departamento de Enfermagem da FCM-UNICAMP, Doutorando em Ciências Médicas/Saúde Mental FCM-UNICAMP, E-mail: cljcampos@uol.com.br

*** Enfermeira. Doutora em Ciências, Profa. de Enfermagem Psiquiátrica da UnG, orientadora do trabalho.

enfermaria, tornam-se, no mesmo dia e sem sedação, tranquilos e sociáveis com os demais doentes e membros da equipe. Ouve-se também de colegas, situações conflituosas envolvendo os doentes mentais e o pessoal de enfermagem do Pronto-Socorro.

Em seu trabalho de pesquisa, ROLIM (1993) delimitou as representações sociais que os enfermeiros e auxiliares de enfermagem, de duas emergências psiquiátricas paulistanas, apresentavam em relação aos doentes mentais por eles assistidos. A autora escreve que

"o atendimento ao doente mental dá-se por meio das relações interpessoais que ele mantém com as pessoas que dele cuidam, isto é, relações mediadas por inúmeros determinantes, tais como condições de trabalho, conhecimento técnico/profissional, conhecimento de senso comum e fatores emocionais, entre outros...",

além das concepções que estes profissionais têm sobre o doente mental.

Sentiu-se que a atuação do pessoal de enfermagem junto ao doente mental, em emergências psiquiátricas, é de extrema importância, não só pelo fato de ser este o local onde, na maioria das vezes, o paciente toma pela primeira vez contato com a instituição, mas também por ser, teoricamente, o pessoal de enfermagem quem mantém, na maior parte do tempo, contato com o doente.

Assim sendo e acreditando que este trabalho possa trazer reflexões aos profissionais de enfermagem de emergências psiquiátricas, acerca do tipo de assistência que oferecem ao doente mental, propõe-se os seguintes objetivos:

- Descrever os sentimentos que os membros da equipe de enfermagem de um Pronto-Socorro Geral apresentam em relação ao paciente psiquiátrico e sobre o atendimento de emergências psiquiátricas, naquele local.
- Analisar o atendimento oferecido, pelos membros desta equipe, ao paciente psiquiátrico, durante a sua admissão ou permanência neste local.

REFERENCIAL TEÓRICO - O COTIDIANO (HELLER, 1992)

Todas as ações, interações individuais e/ou grupais, realizadas pelos membros da equipe de enfermagem, desenvolvem-se em um cotidiano, constituído de momentos preciosos para se captar como se processa o sentir, pensar e fazer destes indivíduos.

O homem já nasce inserido em uma cotidianeidade; seu amadurecimento significa, em qualquer sociedade, que o mesmo adquiriu habilidades imprescindíveis para a vida da comunidade em questão.

O amadurecimento para a cotidianidade ou a assimilação da manipulação de determinadas situações começa pelos grupos: família, escola, pequenas comunidades. Nestes grupos, estabelecem-se mediações entre o indivíduo e os costumes, normas e ética. Estas normas assimiladas ganham valor à medida que o indivíduo, saindo do grupo, é capaz de manter-se, autonomamente, em situações que já não tenham a dimensão de grupo humano comunitário, movendo-se dentro do ambiente da sociedade geral e, movendo, por sua vez, este ambiente.

Toda atividade cotidiana tem características próprias sem as quais a mesma não existiria. Dentre elas figuram como importantes:

Juízos provisórios: considerados como julgamentos ou preconceitos, ou exemplos de ultrageneralização que se enraizam na particularidade. São usados diante de situações singulares, em que se necessita rapidamente da organização destas na atividade cotidiana. Um exemplo claro das ultrageneralizações são as analogias, às quais tenta-se apreender uma situação cotidiana ou um conhecimento não específico. O uso dos juízos provisórios e das analogias não são inicialmente prejudiciais, desde que não se cristalizem e impeçam o indivíduo de conhecer o fenômeno singularmente.

Em relação aos preconceitos, a autora afirma que são categorias de pensamento e dos comportamentos cotidianos, devendo o indivíduo compreendê-los, partindo da esfera da cotidianidade.

Precedente: é mais importante para o conhecimento de situações que para o conhecimento de pessoas. É um indicador útil para o comportamento e para nossas atitudes. Os indivíduos agem reproduzindo ações anteriores, realizadas por outras pessoas na mesma situação. Esta tem efeitos negativos ou destrutivos quando a percepção do precedente impede de captar o novo, não repetível e único de uma situação.

Imitação ou mimese: não há vida cotidiana sem ela. Não se age puramente por preceitos, mas se imita os outros. O problema reside em ser capaz de produzir uma liberdade individual de movimentos, no interior desta mimese, ou seja, deixando de lado a imitação e configurando as atitudes.

METODOLOGIA

Escolheu-se como método o qualitativo, especificamente o estudo de caso, para se alcançar os objetivos propostos.

Local e População

O estudo foi realizado em um PSG de um Hospital Universitário Estatal, onde são atendidos

pacientes de várias especialidades, incluindo pacientes psiquiátricos. Foram considerados todos os membros da equipe de enfermagem, dos períodos da manhã e da tarde, que desenvolviam atividades assistenciais no setor de adultos, ou seja, de atenção direta ao paciente, no período de coleta de dados. Totalizou-se 28 sujeitos: 9 enfermeiros, 2 técnicos em enfermagem, 14 auxiliares de enfermagem e 3 atendentes de enfermagem.

Instrumentos e Operacionalização

Obteve-se junto aos participantes do estudo, o consentimento livre e esclarecido verbalmente quanto à participação no estudo e divulgação dos resultados.

Optou-se pelo uso da observação participante e entrevista semi-estruturada, como meio de obtenção dos dados, de maneira a compreender as formas de pensar, agir e sentir dos membros da equipe de enfermagem estudados.

A observação participante foi escolhida por ser uma técnica que permite um contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, na qual pode-se obter informações sobre a realidade da população estudada em seu próprio contexto (CRUZ NETO, 2000).

As observações foram feitas durante quatro meses. Realizava-se observação diária com duração de uma hora e meia. Utilizou-se um diário para anotações, sendo que cada folha era dividida em duas partes, uma para os apontamentos do observado e outra para registrar-se os sentimentos e/ou comentários.

O uso da entrevista semi-estruturada deveu-se a sua característica de proporcionar ao entrevistado a liberdade de se expressar com suas próprias palavras, tentando-se estabelecer um tom conversacional durante a entrevista (MORSE; FIELD, 1995). Esta modalidade de entrevista permite um balizamento de assunto, sem tolher a maleabilidade e riqueza interacionais entre entrevistado/entrevistador.

Foi elaborado um roteiro de entrevistas semi-estruturado, sendo que este foi aplicado em pré-teste em cinco membros da equipe de enfermagem que atuavam em enfermarias de clínica médica da mesma instituição. Lidas as respostas, foram feitos os ajustes necessários (ANEXO).

O período de realização das entrevistas foi posterior ao da observação participante, para se evitar possíveis influências no comportamento dos sujeitos da pesquisa.

Devido à dificuldade de entrevistar os indivíduos, fora de seu horário de trabalho, e de deslocar o funcionário de seu ambiente de trabalho, decidiu-se utilizar salas disponíveis no próprio Pronto-Socorro. As entrevistas eram gravadas em fitas cassete e duravam em média 40 minutos. Posteriormente, eram transcritas pa íntegra. Utilizou-se a análise de

conteúdo, especificamente a temática, como técnica de estudo desse material, classificando-o a partir de três categorias à *priori*: pensar, sentir e fazer.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização da População

A grande maioria dos indivíduos estudados era do sexo feminino, idade média de 34 anos, variando de 22 a 58 anos. A maioria dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem era formada e trabalhava há menos de cinco anos no PSG. Tal fato pode explicar-se pela alta rotatividade de funcionários nesta área, onde o trabalho é considerado estressante. Estas vagas, deixadas em aberto, acabam sendo preenchidas pelos indivíduos que ingressam na vida profissional e na instituição, geralmente recém-formados. Quase todos os participantes da pesquisa nunca haviam trabalhado na assistência aos doentes mentais e não possuíam outro emprego. Nenhum indivíduo recebeu treinamento formal em serviço para atender doentes mentais neste PSG.

Categorias: Pensar, Sentir, Fazer

As formas de pensar e sentir da população, em relação ao doente mental, foram muito parecidas. Tal fato, de certa forma, também ocorreu no agir desses indivíduos, reservando-se a devida complexidade de cuidados prestados, inerentes a cada categoria. Isto levou à análise das respostas, como um todo.

A divisão das categorias pensar, sentir e fazer, aplica-se, neste trabalho, como uma forma didática de apresentação dos dados, visto que, "na vida cotidiana, esses três elementos são indissolúveis, ou seja, o ser humano carrega consigo a influência de seu afeto e de seu modo de pensar determinado objeto ou ação. Tal inter-relação constrói e reconstrói o viver cotidiano dos indivíduos.

PENSAR

Concepções sobre o doente mental

Segundo FERREIRA (1986), concepção é o ato, efeito de conceber ou de gerar, de criar mentalmente, formar idéias, principalmente abstrações.

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

Obteve-se as mais variadas concepções sobre a loucura, sendo categorizadas segundo HUMEREZ (1988), em: organicista, de cunho mágico-religioso, com base social, psicológica e na toxicomania. A que mais se destacou foi:

Concepção Psicológica

ALEXANDER; SELESNICK (1980) referem que os aspectos psicológicos que constituem o ser humano, de certa forma, sempre permearam sua existência mas, por motivações interiores, durante muito tempo foram deslocados para outras esferas, negando a si próprios, a influência de seus desejos inaceitáveis, temores e impulsos, no desenvolvimento da patologia psiquiátrica.

Segundo ALESSI (1985), o surgimento da teoria freudiana, alicerçada na descoberta do conceito de inconsciente e no conseqüente desenvolvimento da psicanálise, trouxe questionamentos às determinações naturais da doença mental.

A psicanálise desenvolvida por Freud indica que nenhum aspecto do presente poderia explicar as experiências patológicas sem que se associasse a ela aspectos do passado que, apesar de não serem patogênicos em si, influenciariam no desenvolvimento de um distúrbio mental, na atualidade.

Registrou-se algumas manifestações com essa conotação:

"Doente mental para mim é a pessoa que a gente vê chegar aqui... e teve alguma desilusão, uma pessoa que teve algum problema na infância."

"Uma pessoa que tem problemas psiquiátricos, eles não são uma pessoa doente, né, eles tem uma personalidade diferente dos outros."

ALESSI (1985) descreve que, mesmo na concepção primitivista, apesar do "agente etiológico" das doenças mentais situar-se na esfera mágico-religiosa, o reconhecimento desta era feito através dos comportamentos que eram considerados anormais em relação aos modelos estabelecidos pelo grupo social. Quanto à caracterização do doente mental, por meio de seu comportamento, as respostas que mais se evidenciaram foram em relação à agressividade, fato esse também citado, em seu trabalho, por ROLIM (1993). Note-se alguns dos depoimentos:

"Conceito que eu tenho de paciente mental é aquele paciente que naquele instante apresenta sinais que o descaracterizam do padrão de normalidade, que por algum motivo demonstram algum distúrbio de comportamento."

"O paciente (psiquiátrico) normalmente é

agressivo, e a gente fica sem saber como atender o paciente, então... chama o segurança, chama não sei o quê, vamos segurar, então prá gente é difícil."

Observou-se, nos discursos dos membros da equipe de enfermagem, que a caracterização do doente mental como um indivíduo agressivo tem um peso importante na decisão da ação que deve ser colocada em prática.

Conforme já dito anteriormente, HELLER (1992) afirma que não há atividade cotidiana sem juízos provisórios, precedente ou imitação. O juízo provisório, por exemplo, de que todo o doente mental é potencialmente agressivo, coloca os membros da equipe de enfermagem em uma posição defensiva, estabelecendo ações pré-determinadas, como chamar a segurança, restringi-lo, ou seja, atos que são repetidos ou baseados na imitação de outros similares.

O pensar a assistência ao doente mental na prática cotidiana do Pronto-Socorro Geral

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

Despreparo para atender o doente mental

"Acho que a gente não tem estrutura para atender paciente psiquiátrico. Estrutura que eu falo é assim, você não ter nenhuma noção de como chegar no paciente, como que você vai agir com ele. Se você vai ajudar ele, vai amarrar, se ele está deprimido, como você vai ajudar."

O desconhecimento e (ou) despreparo e a falta de um treinamento para atender o doente mental no PSG foi o assunto mais ouvido na coleta de dados para este trabalho. Essas falas vinham carregadas de ansiedade pois, de qualquer maneira, com ou sem treinamento, o pessoal de enfermagem tem como dever a assistência a todos os pacientes que para ali se encaminham.

Este socorro de certa forma é cobrado, pois os membros da equipe de enfermagem são também submetidos a um controle hierárquico, ou seja, supervisores e diretores.

Deve-se também repensar a formação profissional no que tange ao ensino de disciplinas de Enfermagem Psiquiátrica, ausentes na maioria dos cursos de auxiliares e com cargas horárias, muitas

vezes, reduzida no curso técnico e de graduação. Percebe-se também que a forma como são ministradas estas disciplinas tem fundamental importância na formação destes profissionais, pois como visto, a dificuldade em lidar-se com o doente mental deu-se de uma forma geral, entre as diversas categorias profissionais.

O doente mental deve ser tratado em local específico

Quanto ao tratamento do doente mental no PSG estudado, a população apresenta respostas muito claras. Observe-se:

"Acho que o Pronto-Socorro não teria que misturar com doentes mentais. Teria de ser assim à parte."

"... aqui não tem um lugar certo, acho que deveria ter um lugar só pra esse tipo de paciente, e como aqui tem muito paciente, não tem muito espaço para atender pacientes assim."

Os membros da equipe de enfermagem também se justificam por assumirem tal postura:

"Eu acho que não é por ruindade, é porque não tem uma estrutura adequada para tratar do doente mental aqui. Eu acho que um local onde somente se trataria o doente mental, né? Porque eu acho também que para as pessoas que estão aqui sendo atendidas tudo isso, pra elas também não é bom."

Para compreender-se as colocações dos funcionários, há que se pensar sobre duas questões importantes. A primeira diz respeito à assistência ou (desassistência) a que o doente mental é submetido historicamente até hoje, sendo deslocado da comunidade e "exilado" nas instituições com características manicomial, com a desculpa de serem tratados. Maneira de pensar ainda disseminada na sociedade, ou seja, o louco deve ficar longe.

Desta maneira, sentiu-se que a influência do pensamento de segregação do doente mental, ainda presente na sociedade, tem influência marcante nos membros de equipe de enfermagem do PSG estudado. É importante lembrar que tais atitudes estão completamente em desacordo com o preconizado na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual equipamentos como unidades de saúde mental em Hospital Geral, emergência psiquiátrica em PSG, hospital-dia e outros, devem substituir o modelo hospitalocêntrico vigente (**BRASIL, 1994**).

Por outro lado, há uma segunda questão que é a forma como o atendimento dos doentes mentais foi inserido neste local.

O doente mental já vinha sendo atendido neste PSG, só que em número reduzido. Com o passar do tempo, houve necessidade de se conseguir um espaço maior para atendê-lo. Por ser um hospital escola, já havia uma equipe de especialistas em psiquiatria (docentes, médicos contratados) e residentes na especialidade, ou seja, uma equipe preparada para o atendimento médico ao doente mental; em contra-partida, a equipe de enfermagem continuava a mesma, sem especialização e sem preparo para atuar junto a esse paciente.

A aceitação de tal atividade dá-se pela inserção destes funcionários em uma estrutura de PSG, onde não se pode negar demandas, e a clientela atendida é de alto risco. Tal colocação é questionada por alguns membros da equipe de enfermagem, mas mesmo assim o atendimento é realizado. Por exemplo:

"Eu acho que na atual conjuntura de Pronto-Socorro não dá para atender, acho que não tem segurança, nem pra paciente, nem pra equipe, não tem respaldo, simplesmente a gente ir mexer com esse tipo de paciente porque a gente está aqui... não é igual a você atender um politrauma, não é, é um treinamento diferencial de tudo que a gente vê aqui."

Estrutura física deficitária para atender o doente mental

A questão do espaço, para o atendimento do doente mental também é debatida pela população do estudo:

"Eu acho assim, o Pronto-Socorro peca muito nisso. Muitas outras coisas, mas assim, que não depende da equipe, depende de uma estrutura, é uma hierarquia, vem de cima, a gente tem esse espaço físico e tem que se virar."

Novamente a questão da hierarquização se faz presente, e os indivíduos que prestam assistência demonstram total impotência diante de uma situação, na qual têm de atuar, independentemente das condições oferecidas.

Em relação ao espaço e à localização deste, para atendimento ao doente mental, chamaram atenção algumas respostas quanto à preocupação com fugas dos pacientes, lembrando de uma função muito atribuída ao pessoal de enfermagem que atua com o doente mental, ou seja, a de vigilância.

"Eu acho que psiquiatria precisa um maior controle, infelizmente, essa área que a gente tem para atender é pequena. Fica muito próxima da porta de saída."

A questão de misturar pacientes psiquiátricos com de outras especialidades também é descrita,

demonstrando a dificuldade e a forte influência conservadora da manutenção do doente mental separado de outras especialidades.

"Não deveria ser atendido esses pacientes doentes mentais aqui mesmo, porque nós não temos espaço físico, eles acabam se misturando com outros pacientes e às vezes acontecem coisas desagradáveis com os próprios pacientes."

A autocrítica à assistência prestada

"A gente não tem nenhuma noção, de repente chega um paciente aqui..., qualquer doente psiquiátrico, você já chega, já amarra, já deita, essa é a atitude, e eu acho que muitas vezes isso daí não é bom pra eles, porque também se sentem agressivos com essas atitudes."

Através da prática diária, os membros da equipe de enfermagem do PSG acabam formando uma crítica à sua prática. Observou-se que estes indivíduos se apercebem do procedimento, puramente organicista, oferecido, e sentem até a necessidade de ter um contato menos mecânico com o paciente, mas se desculparam da impossibilidade de realizá-lo, pelo pouco tempo disponível e pelo volume de atividades desenvolvidas, além do despreparo para atuar perante o doente mental.

SENTIR

HELLER (1992) afirma que, no cotidiano, o indivíduo coloca todos os seus sentidos em funcionamento, inclusive os seus sentimentos.

Os membros da equipe de enfermagem apresentaram sentimentos os mais variados possíveis em relação ao atendimento do doente mental no PSG.

Percebeu-se que, na maioria das vezes, as expressões afetivas, mencionadas pelos funcionários, em relação ao atendimento do doente mental, vinham associadas a outras, de aproximação ou distanciamento, indicando disponibilidade ou indisponibilidade para prestar assistência a esse indivíduo. Desta forma, resolveu-se abranger as expressões afetivas dos participantes nas três categorias a seguir:

Sentimentos ligados à aproximação do paciente (estimulam o aparecimento de disponibilidade interna para atender o doente mental)

"Tem paciente que dá pena... você vê que ele é bom, não é que ele é agitado, louco, você vê que ele tem um olhar bom, até meigo, então olhei e percebi que ele não era uma pessoa brava, ele quer assim chamar a atenção."

O sentimento de dó ou pena aparece, geralmente, ligado à disponibilidade interna para ajudar o paciente

psiquiátrico, demonstrando maior compreensão dos diversos comportamentos apresentados pelos mesmos.

Conseguiu-se também como ROLIM (1993), depoimentos associados historicamente à profissão de enfermagem, como solidariedade:

"Vontade de ajudar, não sei como, mas sinto vontade de ajudar. Eu queria entender ele, eu queria entender o que está precisando."

Mereness definiu empatia como

"a capacidade em reconhecer, até certo ponto compartilhar, as emoções e os estados da mente de outra pessoa e compreender o significado e a importância do comportamento dessa pessoa" (TAYLOR, 1992).

A empatia tem um importante papel na atenção ao paciente psiquiátrico, à medida que permite compreendê-lo melhor.

Sentimentos dos membros da equipe de enfermagem ligados ao seu afastamento do paciente (ligados à indisponibilidade interna para atender o doente mental)

"(O paciente psiquiátrico) fica jogado porque muita gente tem medo, então, o que eu queria falar é que isso que deveria ter, não sei alguma coisa nesse sentido de ajuda, no atendimento deles no Pronto-Socorro. Deveria ser feito alguma coisa nesse sentido. Porque acho que o pessoal tem medo, não está preparado e quem sofre com isso é o doente."

ROLIM (1993) escreve que o sentimento ou afeto que os membros da equipe de enfermagem das emergências psiquiátricas mais experimentavam, ao lidar com o doente mental, era o medo, geralmente associado à possibilidade de agressões físicas. Na população analisada encontrou-se sentimentos parecidos, associados ao afastamento do doente mental.

Com base na colocação descrita, observou-se a crítica feita por um dos indivíduos, com relação à falta de preparo dos funcionários, como forma de manutenção do sentimento de medo e isolamento do paciente. Os sentimentos de raiva, irritação e revolta também aparecem nos depoimentos dos membros da equipe de enfermagem:

"Tranquilo em atender o paciente e com revolta, por tantas pessoas com problemas sérios e pessoas vem aqui com peripaque. Então revolta um pouco, me sinto revoltada em atender pacientes psiquiátricos."

"Eu fico com uma raiva tão grande, não, eu fico com raiva desses pacientes alcoolizados que vem aqui dar problemas pra gente, porque é duro segurar paciente assim que está em abstinência e tal, falar a verdade, vem, tem que ter paciência, sinceridade, eu não gosto de atender."

Ponderou-se que os sentimentos de raiva e de revolta aparecem mais freqüentemente relacionados aos pacientes histéricos (denominados pelos jargões "piti" ou "peripaque") e aos alcoolistas. O comportamento dos primeiros, na maioria das vezes, é entendido como um fingimento, uma enganação e não como sintomas de uma doença, produzindo, em quem o assiste, uma sensação de estar sendo ludibriado.

Fato parecido ocorre com o alcoolista. Este não é visto como um doente e, socialmente, é rotulado de um indivíduo sem força de vontade e improdutivo. No PSG é tido não como um indivíduo a ser tratado, mas como um estorvo ao serviço.

Outro afeto importante, citado pela população, foi o de impotência diante do doente mental.

"Eu me sinto... como se fala, incapaz, acho assim, eu teria muito que fazer por esse paciente, só que o ambiente não permite isso, então aqui você não tem como sentar, conversar com esses pacientes. Então eu me sinto impotente, na verdade, é como se eu fosse atender um paciente parado, ou que parasse na minha mão e eu não conseguisse reverter essa pessoa, eu me sinto impotente."

Nota-se que o funcionário sente-se tão impotente, seja ao tratar de um doente mental, pela dificuldade na assistência, quanto ao lidar, sem sucesso, com uma parada cardiorrespiratória. Percebe-se também que o sentimento de impotência pode, com o passar do tempo, afastá-lo do atendimento ao mesmo, até como medida de proteção do próprio profissional a este sentimento desagradável.

Sentimentos Ambivalentes

Alguns indivíduos expressaram sentimentos antagônicos em relação ao atendimento ao doente mental, demonstrando ora sentimento de dó, pena, ora de raiva. Atente-se para o relato abaixo:

"Ora eu chego e fico sabendo porque a pessoa está assim e fico penalizada e quero ajudar, se bem que eu também acho, não é esse que eu ajudaria, ou eu chego e fico com raiva, eu vejo como se fosse alguma coisa fingida, forçada, aí depois você até percebe que não."

FAZER

Assistência somática e de restrição do paciente (papel técnico da enfermagem)

Ficou evidenciado, durante a coleta de dados, o claro desenvolvimento do papel técnico dos membros da equipe de enfermagem. Tradicionalmente, os aspectos técnicos da enfermagem são a administração de medicamentos, monitorização de sinais vitais, observação e registro do comportamento do paciente (TAYLOR, 1992).

Tais procedimentos ficaram evidenciados, segundo as falas dos membros da equipe de enfermagem, como quase os únicos a serem prestados aos doentes mentais.

"... o paciente chega no Pronto-Socorro, o paciente psiquiátrico, ele é isolado, muitas vezes a gente fixa ele num leito, numa maca, né, faz um medicamento, uma impregnação e lá ele fica, com soro, né."

Fica muito claro o tipo de assistência que é prestado ao doente mental, limitando-se aos cuidados técnicos, especificamente, os de contenção e medicação do paciente. Vale lembrar que a própria medicação serve, às vezes, como contenção química do paciente, especialmente em casos de agressividade ou agitação psicomotora, muito comuns em atendimentos de emergência.

Neste trabalho houve um acompanhamento da assistência de enfermagem, em seus aspectos técnicos, ao paciente atendido pela psiquiatria, dos quais destaca-se alguns fragmentos:

No Pronto-Socorro, em uma manhã, informaram sobre a presença de um paciente em abstinência alcoólica, icterico, com discreta agitação em cima da maca. Estava com os membros superiores contidos, em venoclise, às vezes gemente, vestido apenas com um fraldão e com sua própria camisa.

A auxiliar de enfermagem (A) aproximou-se do paciente dizendo que iria colher sangue e posteriormente enviá-lo ao raio-X, depois comentou:

"Restrição desse paciente não vale nada, ele se solta facinho"... Saiu e logo voltou com rolos de algodão ortopédico e faixas e começou imobilizar melhor as mãos do paciente e exclamou: - "Se não imobilizar as mãos não vale nada". Após uns vinte minutos, a auxiliar (A) percebeu que o soro havia acabado, voltou ao posto de enfermagem e retornou com um soro preparado, • religou-o... Após o procedimento, fez contenção das pernas do paciente... Outra auxiliar de enfermagem (B) aproximou-se com material para coleta

de sangue. Funcionou primeiramente uma veia em membro superior esquerdo, sem sucesso. Como a rede venosa do paciente estava pouco visível, resolveu coletar material no membro inferior direito do paciente, desta vez com sucesso. Observou-se que, durante todo o procedimento, a auxiliar (B) não se comunicou uma só vez com o paciente para explicar o procedimento, apesar de ele estar consciente.

A comunicação com o doente (comunicação como instrumento de pedido de consentimento ou persuasão para realização de atividades técnicas)

Comunicação refere-se ao intercâmbio recíproco de informações, idéias, crenças, sentimentos e atitudes entre duas pessoas ou entre um grupo. O conhecimento e capacidade de comunicar-se efetivamente são primordiais para a enfermeira que trabalha com pacientes mentalmente enfermos. (TAYLOR, 1992)

Neste estudo ficou bem caracterizado que a comunicação, basicamente, é feita não só pelos enfermeiros, mas por todos os outros membros da equipe de enfermagem deste PSG, no sentido de persuadir ou pedir consentimento para a manutenção de atividades, como a medicação e a contenção do paciente psiquiátrico. Note-se:

"Se for um paciente (psiquiátrico), a gente vai ver se conversa com ele... porque tem muitos pacientes que a gente conversando a gente consegue convencer a aceitar determinados tratamentos, tem outros que não... geralmente a gente nunca vai sozinho, vai com mais alguém... quando a gente percebe que é um paciente calmo, consegue conversar com ele, ele acaba aceitando..., tem outros que não, a gente acaba tendo de usar de força física."

Dependência do conhecimento médico para prestação da assistência

"... quando chega um doente psiquiátrico, sabe eu vou e atendo o doente, pergunto para o médico o que eu devo fazer, mas eu mesmo muitas vezes quando não tem médico aqui, eu não sei como agir."

Sentiu-se que a dependência do conhecimento médico, evidenciado no discurso dos membros da equipe de enfermagem, é muito acentuado no que diz respeito ao atendimento cotidiano dispensado ao doente mental. A compreensão desta dependência encontra bases importantes no tipo de assistência que é prestada.

ROCHA (1994) escreve que no tipo de assistência somática há uma determinação clara de papéis. Os membros da equipe de enfermagem permanecem ligados aos cuidados diretos ao paciente, no âmbito biológico e, hierarquicamente, o médico dita as ordens.

A administração de atividades técnicas e a falta de treinamento específico de todos os membros desta equipe favorece essa dependência, deslocando sua referência de conhecimento, que deveria ser o enfermeiro (teoricamente mais preparado), para o profissional mais próximo e que detém o conhecimento de como agir com o doente mental, no caso, o médico psiquiatra.

CONCLUSÕES

A propósito das conclusões retorna-se ao movimento de inter-relação das categorias pensar, sentir e fazer, visto que, na prática cotidiana, elas são indivisíveis e interpenetram-se tanto nos discursos como nas ações. Este movimento retrata a construção da assistência prestada pelos membros da equipe de enfermagem ao doente mental neste PSG.

No pensar o doente mental, encontrou-se diversas concepções como a organicista, social, mágica religiosa, etc. (HUMEREZ, 1988), havendo preponderância na população em análise, das que estão fortemente arraigadas no senso comum, como as alterações de comportamento, ou seja, o ser potencialmente agressivo.

Os sentimentos foram expressos caracterizando a aproximação ou distanciamento dos profissionais, principalmente quanto à sua disponibilidade interna para atender o paciente. Tais emoções como pena, dó, geralmente demonstrados aos pacientes mais depressivos, mostravam clara vontade de ajudá-lo. Ao contrário dos de medo, de raiva e de revolta, demonstrados ao paciente agressivo, teatral ou alcoolista, que funcionaram como um fator de desmotivação ou desinteresse em atendê-los, criando uma posição defensiva, principalmente aos agressivos.

Observou-se que os participantes desse estudo não apresentam treinamento formal e percebem estar despreparados para prestar assistência ao doente mental em sua dimensão psicológica e social. Além disso, fazem críticas à sua própria atuação cotidiana, mas mesmo assim acompanham-no da forma que conhecem.

Este despreparo e (ou) dificuldade em cuidar do paciente psiquiátrico, aliado à concepção do doente mental como potencialmente agressivo geram idéias de que o mesmo deve ser assistido em local específico, separado das demais especialidades, o que não condiz com o movimento de substituição de um atendimento eminentemente centrado no modelo manicomial para atenção em equipamentos como as emergências psiquiátricas em hospitais gerais (BRASIL, 1994).

O atendimento neste PSG segue uma vertente organicista. Observando-se atividades como medicação e contenção do paciente, de certa forma, atendendo à concepção do doente mental como ser potencialmente agressivo, que deve ser contido e medicado para se acalmar.

ROCHA (1994) descreve que na vertente organicista da psiquiatria a atenção é voltada ao corpo do doente mental. A partir dessa matriz, o papel da enfermagem é bem definido, cabendo-lhes os "cuidados", entre esses, medicação, higiene, alimentação, repouso, tais como aos prestados na clínica médica ou cirúrgica, condizentes com o que é ensinado na escola. A esses cuidados são somados os de contenção e vigilância ao doente.

A comunicação, que deveria ser usada como importante instrumento para o relacionamento interpessoal com o doente mental, neste estudo foi observada predominantemente como meio para persuadir o paciente a aceitar o tratamento oferecido.

A atenção organicista e o despreparo desses funcionários criam uma forte dependência do conhecimento médico para a realização das atividades.

Conforme **HELLER** (1992), os indivíduos nas suas ações cotidianas valem-se das imitações e precedentes como importantes pontos de partida para o seu desenvolvimento. Porém, é necessário que estes indivíduos sejam capazes de perceber o peculiar de cada situação e elaborar novas formas de pensar e agir em relação às situações de atendimento ao doente mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALESSI, NP. **Marginalidade e doença mental**. São Paulo, 1985. 258p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.
- ALEXANDER, FG; SELESNICK, ST. **História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente**. 2.ed. São Paulo: IBRASA, 1980.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção Social. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª conferência nacional de saúde mental**. Brasília, 1994.
- CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, MCS (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 17.ed., Petrópolis: Vozes, 2000. Cap.3, p.51-66.
- FERREIRA, ABH. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 4.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.
- HUMEREZ, DC 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, Universidade de São Paulo.
- MENDES, AC et al. Serviço de emergência psiquiátrica. In: BOTEGA, NJ (org.) **Serviços de saúde mental no hospital geral**. São Paulo: Papyrus, 1995. Cap.4, p.71-82.
- MORSE, JM; FIELD, PA. **Qualitative research methods for health professionals**. 2.ed. Newbury Park: Sage, 1995.
- ROCHA, RM. **Enfermagem psiquiátrica: que papel é este?** Rio de Janeiro: Te Corá, 1994.
- ROLIM, MA. **As representações sociais acerca do doente mental atendido em emergências psiquiátricas**. São Paulo, 1993. 137 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- TAYLOR, CM. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. 13.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ANEXO

- 1) Iniciais: 2) Categoria Profissional: 3) Sexo: 4) Idade:
- 5) Tempo de Formado(a): 6) Se Auxiliar de Enfermagem, houve disciplina de Enf. Psiquiátrica em seu curso?: 7) Tempo de trabalho na instituição: 8) Tempo de trabalho no PS: 9) Trabalha em outro local? Onde?
- 10) Antes de trabalhar aqui, você já havia prestado assistência de enfermagem a doentes mentais? Onde?
- 11) Participou de algum treinamento para atender doentes mentais?
- 12) Como é para você atender o doente mental aqui no PS.?
- 13) Qual sua definição para doente mental?
- 14) Relate alguma experiência que você teve ao atender um doente mental aqui no PS.
- 15) Como você se sente ao atender:
- a) Um doente mental deprimido?
- b) Um doente mental agitado e/ou agressivo? c) Um doente mental com atitudes teatralizadas? d) Um paciente alcoolizado?

Artigo recebido em 25/02/00

Artigo aprovado em 28/09/01