

Cotidiano da enfermagem psiquiátrica no hospital geral: perspectiva dos profissionais de saúde

Francisco Arnaldo Nunes de Miranda¹; Ana Rosa Ardaia² &
Katiúscia Leitão Araújo²

Resumo

O presente estudo apresenta resultados parciais do Projeto PIBIC/CNPq/UNIR, o qual visa compreender o cotidiano das práticas dos profissionais de enfermagem que trabalham ou não na unidade de internação psiquiátrica do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP), no município de Porto Velho/RO. Acreditamos que ao investigar essa relação estar-se-á resgatando aspectos psicossociais importantes da assistência psiquiátrica, bem como registrando neste recorte têmporo-espacial, a própria história da assistência de enfermagem em geral nesta instituição. Compreender este universo consensual frente ao universo reificado da ciência faz-nos sentir paradoxalmente compelidos a detectar conflitos de encaminhamento da própria assistência prestada, da consciência profissional, do investimento afetivo e do próprio sofrimento institucional. Nesse sentido, este estudo adota como fundamentação teórica a Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 1961) que, associada a procedimentos projetivos – T.S.C. (Miranda, 1996) – faz-nos crer que a compreensão desse espaço, na medida em que seus sujeitos (re)constroem sua prática, está impregnada de representações sociais quer da própria doença, quer do processo de trabalho e das suas relações com a instituição e a sociedade a qual está inserida, como estratégia de manutenção do estatuto conferido por diferentes segmentos societários.

Palavras-chave: assistência de enfermagem; cotidiano; representação social.

MIRANDA, F. A. N. de; ARDAIA, A. R.; ARAÚJO, K. L. O cotidiano da enfermagem psiquiátrica no hospital geral: perspectiva dos profissionais de saúde. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde*, Londrina, v. 2, n. 1, p. 35-51, out. 2000.

Alguns Aspectos Históricos

Os aspectos históricos, aqui enfocados sinteticamente, tem por finalidade fazer uma aproximação com determinados contextos sócio-históricos que sob certa medida transformaram a compreensão conceitual do adoecer mental e o tratamento, sem contudo pretender esgotar o assunto.

Da pré-história (divindades sagradas e demônios), passando pelas civilizações grego-romanas (enfermidades do espírito) e idade média (heresia e feitiçaria) prevalecia a concepção mágico-religiosa da doença mental cujo tratamento assentava-se nos ritos tribais e nas práticas religiosas, coexistindo com indícios de torturas através do tratamento com sangrias, purgantes e outros. Nos séculos seguintes não houve modificações na forma de assistir e tratar os doentes mentais, perpetuando a segregação social em asilos e casas de caridade, agravado pela caça a bruxas e feiticeiros sob a jurisprudência da Igreja através dos seus tribunais eclesiásticos.

¹ Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). Doutorando do Programa Interunidades EERP/EEUSP. Endereço para correspondência: Av. Gaturamo, 1555, ap. 13. JD Universitário. CEP 86702-000. Araçongas, Paraná, Brasil. E-mail: arnaldo@onda.com.br

² Discente do Curso de Psicologia da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Bolsista PIBIC/CNPq/UNIR.

Transcorrido este período considerado negro e vergonhoso para a história da humanidade, ocorreram algumas transformações na compreensão da doença mental a partir do final do século XVIII e início do século XIX, sem antes ter passado pelos enquadramentos jurídico, moral e religioso, sendo estes últimos determinantes rigorosíssimos no processo da disciplinarização dos corpos. A Medicina, substituindo a Igreja na intervenção e controle, assume a posse do corpo do doente mental, apoiada pela burguesia cuja dominação, eminentemente masculina, redefiniu o papel do louco, e tanto do homem como também da mulher. No entanto, Coube a Chiaruggi, na Itália, Tuke na Inglaterra, Reil, na Alemanha, e Pinel, na França, tornar público a situação sub-humana do doente mental e propor medidas cabíveis e possíveis de intervenção dada às condições sócio-históricas determinantes.

No transcurso do século XX, podemos apontar algumas transformações no campo específico do conhecimento através dos estudos de Freud (psicanálise), o surgimento dos neurolépticos (clorpromazina), consolidando a psicofarmacologia sem antes ter passado pelas intervenções cirúrgicas (lobotomias), eletroconvulsoterapia, psicoterapias dentre outras formas de tratar não menos traumáticas. Contudo, tais avanços não foram capazes de dar respostas adequadas aos próprios doentes, aos profissionais e à sociedade, uma vez que, na sua maioria, o modelo de intervenção perpetuado pela segregação e cronificação asilar, manteve-se predominando como modelo das políticas públicas de saúde mental, o qual, fortalecido pela psicofarmacologia, transformava a loucura em produto lucrativo.

No Brasil, o período de 1852 a 1979, segundo Fraga (1993), é reconhecido como cristalizador da exclusão do louco, de forma bem mais sistematizada, fortalecendo a hegemonia médica no interior dos hospícios que, a seu turno, contribuiu para a política expansionista da construção de mais asilos e colônias em várias regiões do país, reproduzindo a cronificação, a superlotação e a alta taxa de mortalidade da população asilar. Com a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais, em 1940, surgem os ambulatorios psiquiátricos com a finalidade de reduzir as superlotações e, conseqüentemente, atender os doentes mentais de condições miseráveis de vida. Nas décadas seguintes, com o advento das drogas antipsicóticas, o nível e a qualidade da assistência psiquiátrica não melhoraram a destinação social do doente mental, sempre objeto de exclusão e segregação, associado aos maus tratos e favorecendo sua cronificação. A assistência psiquiátrica é incorporada à previdência social na década de 70, através de convênios com instituições privadas, consolidando um dos maiores parques manicomiais do mundo. Este período é conhecido como a **indústria da loucura**, e caracterizado pela alta lucratividade, tratamento desumano no interior dos serviços, medicalização excessiva, maus tratos, segregação, cronificação e descompromisso com a vida. Fatores estes que, nos meados da década de 80, logo após a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, cresceram várias denúncias dos profissionais da área, de alguns segmentos sociais e, principalmente, da mídia contra esta indústria, sendo, inclusive, responsabilizada pela falência do sistema previdenciário vigente.

Frente a este quadro, algumas estratégias emergiram no sentido de resgatar a cidadania do doente mental através de denúncias, fórum de discussões pela luta anti-manicomial, propondo modificações na legislação psiquiátrica, sanitária, trabalhista, civil e penal. Nesse sentido, o Projeto de Lei n° 08/91, de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado, aprovado na Câmara dos Deputados, ainda em tramitação no Senado, insere-se nessa perspectiva, propondo a regulamentação da reforma psiquiátrica. Dentre outras garantias, focaliza a proibição da internação involuntária e a construção de novos hospitais psiquiátricos e, ainda, a revogação de dispositivos do Decreto n° 23.559 de 03/07/1934.

Sobre essa questão, Oliveira (1993) afirma que a construção de novas práticas no atendimento ao doente mental esbarra em muitos desafios que a reforma psiquiátrica coloca para a sociedade, os profissionais de saúde e, especialmente, aos profissionais de enfermagem acrescido os aspectos estruturais, modelos de intervenção, (re)organização dos serviços de saúde traduzidos em dificuldades.

Miranda (1994), referindo-se as dificuldades da enfermagem psiquiátrica em construir e adotar novas práticas de assistência, remete a questão ao seu momento germinal, quando compreensivamente se constata que ela nasceu mal no Brasil. Portanto, o profissional de enfermagem, especialmente o

enfermeiro, “não veio para atender a uma melhora na assistência ao louco, mas para viabilizar, dentro do hospício, as possibilidades concretas de o discurso psiquiátrico brasileiro tornar-se científico. Tradicionalmente, a enfermagem prepara ao corpo do paciente para que outros profissionais produzam saberes”.

Sob este mesmo enfoque, Fraga (1993) esclarece que o papel historicamente esperado deste profissional consistia em designar tarefas e exercer supervisão de fiscalização sobre o pessoal de enfermagem (atendentes, auxiliares, etc.), e administrar as múltiplas carências institucionais em meio a uma organização em que não há muito espaço para autonomia técnica ou administrativa.

Em Rondônia, para compreendermos melhor, é preciso destacar dois momentos sócio-políticos que determinaram sua história no cenário brasileiro: um diz respeito ao antigo Território, o outro, ao atual Estado. No tocante a assistência psiquiátrica, esta se inseriu em ambos momentos no contexto dos serviços de saúde em geral. Portanto, Rondônia prescindiu de manicômios. Na época do antigo território, o tratamento e a assistência de enfermagem eram prestadas sob condições precárias no antigo, e hoje desativado, Hospital São José, na fase de internação, cabendo a Policlínica Oswaldo Cruz o atendimento ambulatorial.

No atual Estado, continua mantido o serviço ambulatorial na instituição da fase anterior, enquanto que a internação se dá no Hospital de Base Dr. Ari Pinheiro (HBAP), contexto do hospital geral, sendo destinados inicialmente 56 leitos do total de 364 leitos.

A inauguração da clínica psiquiátrica ocorreu no dia 01/03/1983, alguns meses após a inauguração do referido hospital (12/01/1983).

Com o aumento da população do Estado de Rondônia determinado pelo grande fluxo migratório dentre outros fatores sócio-econômicos e políticos, a população psiquiátrica também cresceu, extrapolando sua área de abrangência, para populações fronteiriças dos estados do Amazonas e do Acre, agravando a situação da prestação do serviço e do atendimento face ao incremento da demanda e dos poucos serviços de saúde com leitos destinados para esta especialidade. Se de um lado ocorre sobrecarga e superlotação neste serviço, por outro ocorre uma migração para os serviços de saúde mental e psiquiátricos de Cuiabá (MT). Vale ressaltar que, atualmente, em termos de atendimento hospitalar, o Estado conta com uma clínica de 30 leitos no Hospital de Base e uma enfermaria de 6 leitos no Hospital e Pronto Socorro João Paulo II, ambos em Porto Velho (RO).

O presente estudo apresenta resultados parciais do Projeto de Pesquisa inscrito no PIBIC/CNPq/UNIR, denominado *Enfermagem Psiquiátrica: o desafio cotidiano*. Tem como objetivo compreender o cotidiano das práticas de enfermagem e, conseqüentemente, suas representações sociais sobre o cotidiano dos profissionais de enfermagem que trabalham ou não na unidade de internação psiquiátrica do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP), no município de Porto Velho/RO.

O Cotidiano, a Rotina e as Representações Sociais

O cotidiano é um espaço de dimensão representacional do vivido, do imaginado e do relatado. Circunscreve o aqui-e-agora na medida em que está impregnado pela rotina, cuja repetição das atividades do dia-dia reflete a reprodução da vida institucional dos profissionais de enfermagem. Nesse sentido, as representações sociais, assim como o cotidiano, dão ao contexto aspectos multifacetados, às vezes ambíguos, complexos e polissêmicos noutros, aparentemente homogêneos, haja vista que os conflitos não são percebidos pelos seus sujeitos psicossociais, embora compartilhem da construção deste universo consensual, permeado pela influência do universo reificado da ciência.

Concordamos com Perrusi (1995) ao afirmar que o mundo da rotina é uma recriação da vida social e seu efeito sobre o indivíduo porque “é basicamente expressa na consciência dos indivíduos, como uma consciência prática, ou seja, a vida cotidiana engaja, constantemente, a capacidade reflexiva dos indivíduos”.

A assistência de enfermagem psiquiátrica é uma prática cotidiana impregnada por situações de rotina. Nessa perspectiva, concordamos com Perrusi (1995) quando afirma que o “cotidiano é um conceito de totalidade e envolve toda e qualquer atividade humana”. Desse modo, “os membros da sociedade elaboram o seu objeto social dentro das construção do real, onde (sic), a representação social é uma modalidade típica da cotidianidade”.

Rocha (1994), analisando o papel do enfermeiro no contexto institucional psiquiátrico, afirma que “o enfermeiro não consegue perceber com clareza os determinantes sociais da área psiquiátrica, devido a uma formação essencialmente técnica e à falta de politização, tornando difícil a elaboração de uma consciência da necessidade de mudança do seu papel; isso deve-se ao fato de que há uma distância entre o conhecimento e a prática de enfermagem, bem como a complexidade desse papel no jogo do poder institucional”.

A enfermagem psiquiátrica sempre se deparou com desafios, onde, na maioria das vezes, as técnicas apreendidas num modelo biologista e mecanizado através de cursos técnicos e acadêmicos trazem poucos resultados satisfatórios na especificidade dessa assistência. A compreensão sobre essa questão leva a não visualização do doente mental, independente da manipulação e adequação de técnicas, dificultando o seu desempenho e/ou sua desvalorização por ser peculiar, portanto, distinto das outras áreas de atuação. Nesse sentido, torna-se difícil aceitar e reorganizar sua atuação nos moldes do conjunto de investimentos terapêuticos que englobem a atenção psiquiátrica, cujas técnicas combinadas são capazes de dar melhores respostas às suas necessidades, as quais exigem instrumentalização adequada para cada profissional.

Entendemos ser a partir dessas representações construídas, dessas experiências com a doença que emergiram as diferentes estratégias individuais para enfrentar e entender a doença e, ainda, elaborar um novo perfil profissional identificado com esse modo de agir em psiquiatria. Significa dizer que os comportamentos, adotados por um indivíduo acometido por uma doença, são resultantes do modo como ele representa socialmente a doença e o significado pessoal que esta adquire em sua vida.

Herslich (1994), descrevendo a importância da linguagem no processo de construção das representações sociais, confirma que “são imediatizadas pela linguagem”, ou seja, ela tem a força motora em codificar as representações que circulam no contexto social onde o indivíduo está inserido, possibilitando a articulação destes com a rede de significados pessoais. Nessa perspectiva, Spink (1993) diz que as representações sociais são essencialmente dinâmicas porque “são produtos de determinações tanto históricas como de aqui-e-agora, e construções que tem uma função de orientação - conhecimentos sociais que situam o indivíduo e, situando-o, definem sua identidade social – o seu modo de ser particular, produto de seu ser social”.

Para Moscovici (1978) a representação social serve de mediadora entre os membros de um mesmo grupo. As informações adquiridas penetram na vida cotidiana e engendram comportamentos adequados, colocando em contexto diferente as relações entre pessoas e a maneira como elas são vividas; se não se aprende o seu papel na existência cotidiana, é impossível ter dela uma percepção clara.

Apoiado por este raciocínio, encontramos em Machado (1994) uma evidência da indefinição do papel institucional da enfermagem, ao afirmar que “a ausência de modelo ou a coexistência de vários deles é um fator que dificulta a identidade profissional, pois não oferece referências estáveis; não havendo definição clara do campo profissional, o grau de autonomia da profissão é colocado em questão”.

Aprender as representações sociais no enfoque no seu sentido dinâmico, compartilhado, complexo, conflitivo e, ainda, rico de elaboração simbólica e investimento afetivo, constitui um desafio, também, para os pesquisadores, ao exigir deles um olhar sistematizado sobre estes diferentes aspectos envolvidos, sem contudo perder de vista o recorte sobre ele mesmo cuja produção de sentido do cotidiano diz, necessariamente, da atuação desses profissionais de enfermagem que trabalham ou não na unidade de

internação psiquiátrica de um hospital geral. Nesse sentido, concordamos com Moscovici (1978) ao afirmar que “as representações individuais e sociais fazem com que o mundo seja o que pensamos que ele é ou que deve ser. Mostra-nos que a todo instante alguma coisa ausente se lhe adiciona, e alguma coisa presente se modifica”.

O Caminho Técnico-Metodológico

Ao decidirmos por uma metodologia qualquer significa estabelecer o caminho pelo qual a pesquisa será conduzida, bem como definir os instrumentos que melhor atendam as exigências e limites do estudo. Sobre este caminhar nem sempre visualizado em toda sua extensão, optamos por um estudo de caráter qualitativo. Segundo Haguette (1987), “fornece uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social face à configuração das estruturas sociais enfatizando as especificidades de um fenômeno em termos de sua origem e sua razão de ser”.

Percebemos que ao investigar essa relação estamos resgatando aspectos psicossociais importantes da assistência psiquiátrica neste recorte têmporo-espacial, bem como a própria história da assistência de enfermagem nesta instituição e sua articulação com os diferentes saberes e poderes que permeiam o cotidiano.

À compreensão deste universo consensual frente ao universo reificado da ciência, possibilita-nos detectar os conflitos de encaminhamento da própria assistência prestada, da consciência profissional, do investimento afetivo e do próprio sofrimento institucional. Nesse sentido, adotamos como fundamentação a Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 1961) que, associada a procedimentos projetivos – Técnica de Investigação em Situações Cotidianas (T.S.C.) (Miranda, 1996), faz-nos crer que a compreensão desse espaço, na medida em que seus sujeitos (re)constroem sua prática, está impregnada de representações sociais quer da própria doença mental, quer do processo de trabalho e das relações com a instituição e a sociedade.

Sabemos que através das representações sociais e dos procedimentos projetivos (T.S.C.) podemos captar muitos discursos, inclusive os aparentemente ocultos ou interditos, mas que se inscrevem na articulação deste espaço terapêutico, revelado pelo aspecto relacional entre sujeito/objeto/contexto. Nesta perspectiva são captados, através de conceitos frutos da abstração, da atividade cognitiva e da percepção dos sujeitos psicossociais.

Segundo Miranda (1996), O T.S.C., como recurso técnico-metodológico, caracteriza-se por desenhos revestidos de singularidades pertinentes em certa medida, ao universo das revistas em quadrinhos, evocando a descontração sugerida em suas leituras por seu conteúdo gráfico rico em fantasias e sonhos, possibilitando um mergulho inconsciente e relaxado na tarefa proposta por esta pesquisa.

Este estudo teve um momento anterior iniciada pelos anos do 6º período do Curso de Enfermagem da UNIR, na disciplina Enfermagem Psiquiátrica, como estratégia do processo ensino aprendizagem⁴, quando foram realizadas dez entrevistas. Posteriormente, foi inscrito no PIBIC/UNIR/CNPq, sendo contemplada com duas bolsistas, alunas do 6º período de Psicologia. Realizamos mais duas entrevistas. Esta estratégia aditiva foi realizada pelas pesquisadoras, possibilitando a elas uma aproximação entre o objeto de estudo e o referencial teórico (representação social e procedimentos projetivos).

A coleta de dados utilizou um instrumento baseado nos procedimentos projetivos denominado de T.S.C.⁵ (Miranda, 1996). Segundo este autor, “os procedimentos projetivos inspiram-se em recursos gráficos, na problemática peculiar a um sujeito, cuja vantagem decorre da possibilidade de utilização e

⁴ As entrevistas foram realizadas no período de 20 à 22/11/96, com alguns profissionais, respeitada a decisão individual de cada um em participar dessa investigação, nas unidades de internações: cirúrgica, médica, traumato-ortopédica, pediátrica e psiquiátrica.

aplicação, facultando a articulação entre desenho, atividade e linguagem”.

O Caminho da Análise dos Dados

Do material coletado pelo T.S.C., num total de 12 entrevistas, serão analisadas somente aquelas que remetiam ao processo de trabalho e o seu cotidiano. Para melhor compreensão, esclarecemos que uma única entrevista contém 16 unidades de entrevistas, onde cada unidade de entrevista corresponde a cada uma das respostas dadas para cada prancha. Portanto, para este estudo serão analisadas 120 pranchas que correspondem a igual número de entrevistas. Para este estudo as pranchas selecionadas foram:

1. Início da Jornada **Prancha 1**;
2. Medicação **Prancha 3**;
3. Contenção **Prancha 6**;
4. Vigília **Prancha 7**;
5. O Cafezinho **Prancha 8**;
6. O Grupo **Prancha 12**;
8. A Fuga **Prancha 13**;
7. O Relato das Ocorrências **Prancha 14**;
9. A Saída **Prancha 15**;
10. Descanso **Prancha 16**.

No cotidiano o serviço de enfermagem

Para melhor compreensão da discussão e interlocução teórica que se seguem entre os dados e os pesquisadores, adotamos a análise em separado de cada prancha contendo todas respostas agrupadas sobre ela. Esta estratégia tem funcionamento didática uma vez que, ao analisar cada uma destas unidades de entrevistas, constatamos sua articulação com todo o contexto psicossocial investigado.



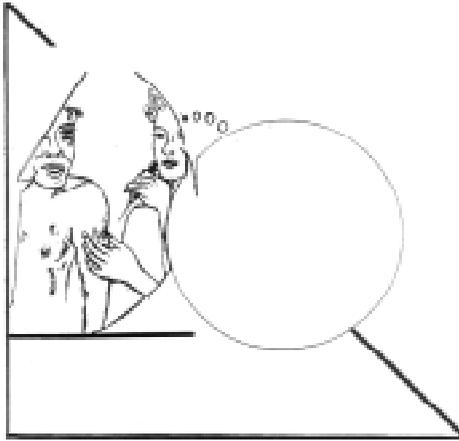
O Início da Jornada – Prancha 1: A Ilustração não estimula a elaboração do diálogo entre o entrevistado e o desenho, mas suscita a representação do cotidiano profissional, ou seja, a entrada no hospital e o início da jornada, independentemente do período de trabalho. A maioria dos entrevistados (75%) não acrescenta nada ao discurso já elaborado pela construção gráfica.

Percebe-se que as outras respostas (25%), divergem em dois sentidos. Uma em que associam este estímulo visual à ansiedade do primeiro dia de trabalho, como experiência e expectativa pessoal. Outra, ou expressam a realidade, cotidianamente conflitante pelos diferentes aspectos psicossociais envolvidos, quer seja pelo fato de deixar a sua família, quer pelo (re)encontrar os colegas profissionais, incluindo os usuários do serviço de psiquiatria do HBAP e, assim, poder tecer

⁵ O T.S.C. é uma cartilha, denominada “O dia-dia do profissional Enfermeiro”, composta por 16 pranchas que reproduzem o cotidiano da assistência da enfermagem psiquiátrica através de determinadas situações.

comentários que vão dos relacionados às expectativas do exercício profissional no cumprimento desta jornada de trabalho até os mais frívolos e desfocado deste contexto.

A Medicação – Prancha 3: Observamos que o profissional se exclui da cena. Entendemos ser um



artifício adotado por ele se contrapondo e expressando algo que acontece do lado de fora. O profissional não se envolve com o contexto institucional e o procedimento. Sua voz, freqüentemente espectadora se insere através do artifício do instrumento que lhe faculta respostas entre o pensar e o falar, adotando uma posição de negação para a voz do paciente.

Por outro lado, a sua própria voz é revelada em tom narrativo; entendemos que esta estratégia seja um “sair de cena” que tem características de defesa, pois ao relatar, o profissional não vivencia a situação. Portanto, não entra em contato com os sentimentos do paciente.

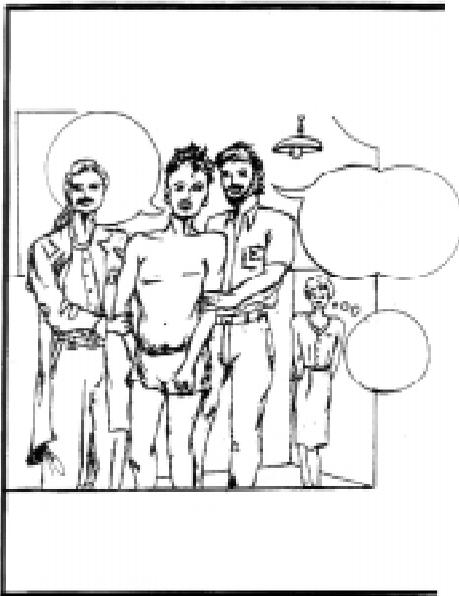
Noutro sentido, percebemos, ainda, conteúdos relacionados a preocupações com este procedimento, freqüentemente corriqueiro nesta instituição, uma vez que sua vocação, como serviço, dá-se na perspectiva biológica, com ênfase na psicofarmacologia. Esta argumentação sobre a medicação, expressa nas entrevistas, revela uma associação entre contenção e sedação. Portanto, esta rotina do exercício profissional é entendida como um meio que contém quimicamente o paciente, embora reconheçam seus efeitos psicofarmacoterápicos. O tom que se desvela é o do controle sobre o doente mental, do espaço institucional e de outros aspectos da assistência, incluindo o sentido de prestação de contas à prescrição médica. Nesta perspectiva, concordamos com Fraga (1993), quando afirma que:

“a preocupação das enfermeiras (...) com a aplicação de medicamentos, tem por referência muito mais a prestação de contas ao médico do que o zelo pela condição de paciente”.

De um lado há uma justificativa nesta tomada de posição haja vista as prováveis manifestações de agressividade física. No extremo, percebemos a associação entre esta conduta profissional e a dor. A causa da dor pode revelar duas posições antagônicas no que diz respeito ao seu entendimento, ou seja, se de um lado o procedimento é invasivo, através da administração de um psicofármaco de rotina e/ou, se necessário, via intramuscular, podendo provocar sofrimento para ambos; a manifestação desse sofrer e a estratégia de escolha para esta associação é expressa através dos sentimentos de pena, comiseração, compaixão e dó. Por outro lado, esta mesma percepção pode revelar-se como um instrumento potente de coerção e punição. Convém ressaltar que a seringa, como instrumento de trabalho dos profissionais de enfermagem, não é de uso exclusivo sob o ponto de vista do seu manuseio, embora em determinadas situações o seu manuseio e/ou a sua visualização reforce o sentido coercitivo do procedimento.

As manifestações discursivas que expressam “dor” são elaboradas também sob as base do medo de ser agredido e da crença do efeito calmante da medicação sobre o paciente, mesmo contendo-o quimicamente. Este fato por si gera um maior impacto na tranquilidade da clínica psiquiátrica face a redução do número de pacientes para observar, numa jornada de trabalho. Uma vez medicado, o paciente tende a dormir ou a refugiar-se num lugar qualquer, seja um leito disponível ou um canto no chão da própria enfermaria, ou no corredor que dá acesso às enfermarias para dormir.

A Contenção – Prancha 6: Evidenciamos ser um poderoso instrumento de coerção e dominação do profissional. A contenção é algo que confere poder aos profissionais de enfermagem que pode ser usado ao seu próprio julgamento da situação, independente de sua instrumentalização, podendo, ao



mesmo tempo, ameaçar e estabelecer limites entre as partes como um artifício coadjuvante no tratamento.

De um lado, o profissional responsável pela segurança, conforto e proteção, estatuto reconhecido socialmente, desempenha este papel profissional; por outro, revela um questionamento acerca deste mesmo procedimento, haja vista ser uma situação de desconforto para todos os envolvidos pois o ato em si traduz em violência.

O estímulo gráfico da prancha suscita, nos entrevistados, conteúdos de agressividade e medo, uma vez que o entendimento da doença mental passa pela concepção de crise/ruptura com a realidade, seguida de intensa (hetero)agressividade. Nesse sentido, quando manifestos, são temidos, pondo em risco todos os envolvidos. Fraga (1993), falando sobre temor e agressividade afirma que:

“O medo de trabalhar em psiquiatria relaciona-se, primeiramente, com a concepção que identifica o doente mental como alguém que usa da agressividade com todos e a qualquer momento. Esta concepção, sendo preconceituosa, não leva em consideração que qualquer pessoa, mesmo a considerada normal, comporta-se de modo agressivo quando agredida ou submetida a grandes tensões”.

Através dos sentimentos de medo e agressividade, os profissionais revelam uma preocupação com sua própria integridade física e, dessa forma, adotam uma estratégia de punição como manutenção do espaço da ordem do contexto institucional.

Percebemos, também, um desdobramento da relação anterior (medo/agressividade), ou seja, a relação entre punição e agressividade, quer do ponto de vista do paciente, quer do próprio profissional envolvido neste processo de intervenção. Portanto, há uma lógica reinante que flutua de acordo com as circunstâncias e as condições de humor dos envolvidos (pacientes/profissionais de enfermagem).

Noutra vertente e com menor ênfase nas respostas dadas, constatamos uma preocupação com as questões éticas que envolvem este procedimento, mencionada em forma de prescrição como conduta adequada e esperada dos profissionais de enfermagem. Essa intenção, nos moldes éticos, revela-se muito mais distanciada da realidade institucional a qual deve ser assimilada e visualizada no exercício profissional pelos paciente e demais profissionais. Este distanciamento percebido revela a dificuldade de determinados profissionais em manter uma relação de ajuda com o doente mental, competência esta delegada e esperada dos profissionais de enfermagem. A fala abaixo exemplifica essa situação.

“Somente deve ser utilizada para a proteção dos paciente e de terceiros. Nunca como punição, pois já teríamos perdido toda relação médico-paciente”.

Vigília... – Prancha 7: Ao analisá-la, observamos, predominantemente, os aspectos técnicos e rotineiro deste contexto pesquisado. Entendemos que adota um afastamento de todo e qualquer vínculo. Sabemos que, ao dormir, através das diferentes fases do sono, os sonhos se processam revestidos de afetos e sentimentos, associando-se aos restos diurnos que dão uma sensação de presença e manifestação.

Para os profissionais, estes conteúdos não são percebidos como também, algumas vezes, não são para o doente mental. Assim, quando percebidos, são desacreditados, pois aproximam-se de algumas



manifestações psicopatológicas, tais como delírio e alucinação, como indicativo da desorganização mental.

Observamos que em alguns relatos analisados sobre esta prancha, ocorre uma tendência em valorizar os mecanismos de defesa, em especial a racionalização e a intelectualização. Outros relatos dão espaço à “vozes” que ecoam à aproximação e ao reconhecimento do sofrimento e da condição humana, na medida em que as manifestações de pena e solidariedade são percebidas. O exemplo que se segue dá essa compreensão e, ainda, uma condição de impotência perante a realidade, quer institucional, quer sobre as condições e qualidade de vida do doente mental:

“Como há sofrimento nesta criatura! Gostaria de fazer mais por ele, mas não posso”.

E, ainda, aqueles outros relatos que expressam com respostas extensas, prolixas, porém sensíveis e recheadas de elementos do cotidiano, expressando o modo cartático de compreender a cena. Nesta perspectiva, o exercício profissional situa-se na vertente da punição por suportar o sofrimento alheio, como algo próximo à religiosidade, purificando-o.

A presença de linguagem técnica é reflexo do imaginário social da própria prática de enfermagem. Ela é valorizada cotidianamente sob uma ótica biologista, na qual o paciente não é “sentido/percebido”, mas descrito como referências técnicas, organizacionais e terapêuticas, com ênfase nos sinais vitais, número do quarto e medicação utilizada.

“Paciente apresentando sudorese mais anorexia, mais hipertermia (...)”.

“É importante, pois o paciente apresenta quadro delicado, necessitando cuidados intensos”.

“Verifique a P.A. e T. de hora em hora (...)”.

O universo “Sagrado e Puro” do hospital aparece em vários discursos nos quais a ênfase dada à limpeza e à assepsia são indispensáveis, em relação à estruturação arquetípica do imaginário social. Implicitamente, a doença mental aparece articulada aos conceitos de sujeira e limpeza, cuja sujidade mental e corporal remete ao período higienista e moral da história da psiquiatria:

“(...) nessa hora é preciso que ele esteja limpo, a cama em que ele esteja deitado esteja limpa, ele esteja limpo pra ele poder estar bem, ele precisa estar limpo. Esse leito em que ele está precisa estar completamente limpinho”.

O Cafezinho ... - Prancha 8: O simples hábito do cotidiano brasileiro também é reproduzido no contexto institucional como esfera da contingência e da informalidade. Compreendido como uma parada no ritmo do trabalho através destes casuais pequenos intervalos, revela-se rico em conteúdos, que dão dicas de como o profissional de enfermagem suporta este trabalho considerado penoso.



Os conteúdos variam de acordo com o interesse e o significado que cada um dos envolvidos tem sobre as suas experiências sobre a cena. Dessa forma, o foco recai sobre alguns aspectos díspares que vão desde aspectos positivos, tais como alimentação, medicação, o serviço prestado⁶ e paqueras, dentre outros.

Entendemos que nesses momentos informais inseridos

na formalidade organizacional da instituição, as representações sociais ganham o tom de difusão e propagação de um evento, fato, acontecimento ou assunto de interesse do grupo, uma vez que neste universo psicossocial as informações são (re)elaboradas através de aspectos imagéticos, associando-se aos conteúdos conceituais, e vice-versa. Significa dizer, concordando com Miranda (1996) que:

“(...) as RS apresentam-se como uma construção capaz de transformar algo desconhecido (não familiar) em conhecido (familiar), revelando a interface, a interdependência da realidade psicossocial ...”

Os assuntos emergentes desta cena em análise constroem um imaginário grupal onde diversos assuntos, aparentemente desconexos, até mesmo desconhecidos, passam a ser inseridos, materializando-se, ou seja, associando-se aos conteúdos deste universo real e influenciando na forma de comunicação, revelando o aspecto dinâmico das representações sociais.

O Grupo – Prancha 12: Constatamos que a cena graficamente reproduzida na prancha homônima não é percebida, em momento algum, pelos entrevistados, como apoio, psicoterapia, relação de ajuda,



grupo de auto-ajuda, ou sob qualquer outro enfoque, inclusive no que diz respeito ao acompanhamento em relação a um grupo de doentes.

Nesse sentido, os profissionais que atuam neste contexto institucional psiquiátrico não reconhecem esta modalidade de tratamento, por não constituir uma realidade desenvolvida nele, prevalecendo, *a priori*, a psicofarmacoterapia. No cotidiano, entendemos que muitas atividades grupais fazem parte do exercício de diferentes profissionais de saúde, inclusive e especialmente os enfermeiros, independentemente do objetivo, finalidade, funcionamento, dentre outras, reforçando nosso entendimento sobre a questão.

Concordamos com Munari & Rodrigues (1997) quando, falando de grupos genericamente, chamam-nos a atenção para o seu conhecimento uma vez que:

“existe uma grande variedade de tipos de grupos, e para nós enfermeiros é fundamental conhecê-los para que possamos fazer a opção adequada quando planejamos um trabalho considerando os limites e possibilidades que cada um nos oferece”.

Um trabalho de grupo é baseado em objetivos que definem o perfil da atividade e, conseqüentemente, as mudanças esperadas. Partindo dessa premissa, o grupo pode oferecer suporte, realizar tarefas, socializar, apreender mudanças de comportamentos, treinar relações humanas e oferecer psicoterapia. Sobre esta última utilização do grupo, Yalon & Vinogradov (1992, p. 35) afirmam que:

“A terapia de grupo é um fórum para a mudança, cuja forma, conteúdo e processo variam consideravelmente nos grupos de diferentes *settings* e com diferentes objetivos e, no próprio grupo, em momentos diversos”.

⁶ No município de Porto Velho esta forma de prestação de serviço é bastante utilizada face à carência de recursos humanos que afeta todos profissionais da equipe multidisciplinar, em especial os profissionais de enfermagem. Esta estratégia é observada não somente na unidade de internação psiquiátrica, mas, sobretudo, no Hospital e Pronto Socorro João Paulo II (HPSJP-II), Centro de Medicina Tropical (CEMETRON), o Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro - HBAP, como outros serviços de saúde, quer do município, quer do estado.

Nesta percepção, os profissionais entrevistados não compreenderam o estímulo proposto por vários motivos; dentre eles, destacamos a falta de instrumentalização deles através de cursos, estágios em outros serviços, supervisão, eventos de natureza técnico-científica e outros no tocante a esta atividade. As atividades grupais inseridas no trabalho da enfermagem, segundo Munari & Rodrigues (1997), “não se constitui (*sic*) em uma novidade. Por natureza, o enfermeiro é um profissional que desenvolve o seu trabalho em grupo como, por exemplo, na equipe de enfermagem [técnicos e auxiliares], durante a passagem de plantão, executando atividades educativas, realizando grupos de discussão de casos ou como estratégias em disciplinas em que o grupo é visto como parte da aprendizagem”.

A dificuldade em perceber o grupo psicoterápico também é atribuída à ausência de uma política de capacitação geral dos recursos humanos, em especial os profissionais de enfermagem, por parte da direção da instituição e/ou Secretaria de Estado da Saúde.

Prosseguindo na análise desta prancha, observamos, ainda, que os conteúdos emergentes, expressos pelas manifestações discursiva dos entrevistados, estão frequentemente associados às reuniões de caráter organizacional e administrativo com a chefia imediata, entre enfermeiras ou, ainda, entre enfermeiras e elementos da equipe de enfermagem, cujo objetivo está centrado na verticalização do poder, onde reprimendas, normas e rotinas são discutidas e cobradas dos seus agentes de intervenção neste espaço institucional. Tal compreensão revela uma aproximação da utilização do grupo, único e exclusivo, para atividades organizacionais do serviço e da instituição. Nesta perspectiva, tampouco é utilizado em benefício dos próprios profissionais de enfermagem.

Desta *práxis* observamos duas perspectivas: uma, em que a carência de instrumentalização é um fato concreto; noutra, a verticalização do modelo organizacional da instituição, calcado no modelo taylorista, incluindo o próprio processo de instrumentalização da enfermagem, revela-se altamente hierarquizado, como forma de garantir a qualidade do serviço prestado. Também, parece-nos provável que esta visão de grupo, pelos entrevistados, passa pelo disfarce da informalidade através de conversas que podem funcionar como um artifício para exigir o cumprimento de determinadas atribuições rotineiras, prevalecendo tons distintos para o diálogo, quer amenizadores, quer autoritários e repressores, independente da situação de mando, exemplificando o poder neste espaço:

“Ontem nós conversamos e hoje de novo? Será que vocês não entenderam nada?...”.

A Fuga – Prancha 13: Sabemos que a arquitetura dos hospitais como espaço concreto e determinado socialmente, constitui-se, teoricamente, em espaço abstrato através dos conteúdos emergentes das



manifestações psicopatológicas. Os mecanismos de observação e controle, aliados a uma atmosfera moralista, asséptica, higiênica, tranqüila, protecionista e segregadora, são cotidianamente reforçados por um discurso implícito, no qual ao estatuto da instituição e de seus profissionais cumpre zelar pela saúde e segurança dos “doentes” nestas condições.

Na instituição pesquisada, sem polarizar a questão, coincidentemente, as instalações do serviço de psiquiatria situam-se na margem oposta da mesma rua que sedia uma unidade da Polícia Militar do Estado de Rondônia, além de ser a última unidade deste nosocômio.

Entendemos que a fuga é vista como uma situação de desequilíbrio e ineficácia da equipe de

enfermagem que por si só revela a perda do controle interno associado ao medo, pânico e desespero, entre outros sentimentos:

“Segurança! Corram! Os pacientes estão fugindo, peguem eles e conttenham-nos!”.

“... não há como fugir, vocês vão é se machucar, segurança, segurança (...) tragam as contenções...”.

A fuga, também é compreendida pelo distanciamento pela internação, anulando expectativas para o doente mental, o próprio hospital, o mundo externo e, ainda, entre o que lhe é oferecido e o que ele deseja para si mesmo. Esta compreensão mais humanística da trajetória da fuga revela que o paciente, mesmo em desvantagem, é “gente”, como na fala que segue:

“A tentativa de fuga é uma situação horrível, nem sempre ela é efetivada (...) reflete a angústia do paciente no setor. Ele se sente preso, pois tudo a sua volta é trancado com chaves, suas unidades são desprovidas de objetos que representam a “normalidade” vivida em sua vida cotidiana”.

O Relato das Ocorrências ... – Prancha 14: Entendemos que a prática da enfermagem é concretizada por meio de um conjunto de regras, normas e ações que perpassam a sua própria circunscrição. Essas ações envolvem aspectos diversos do modo de intervenção tais como medicação, ordens, supervisão,

fiscalização, cuidados com o paciente, dentre outras.

No meio destas atribuições, existe um momento formal reservado para a troca de informações – a passagem de plantão – através de registros em que diferentes aspectos são abordados durante o transcorrer de determinada jornada de trabalho, quer sobre as condições psicopatológicas do doente mental, em destaque os considerados mais graves, quer os relacionados à rotina do próprio serviço, incluindo, ainda, aspectos relacionados ao próprio desempenho e aos demais elementos da equipe de enfermagem.

Ao analisarmos as manifestações discursivas sob este foco, constatamos que o desgaste físico, emocional e profissional qualifica seu desempenho como um trabalho penoso, entendido como sofrimento mental. O trabalho penoso, segundo Dejours *apud* Sato (1993), é aquele que:

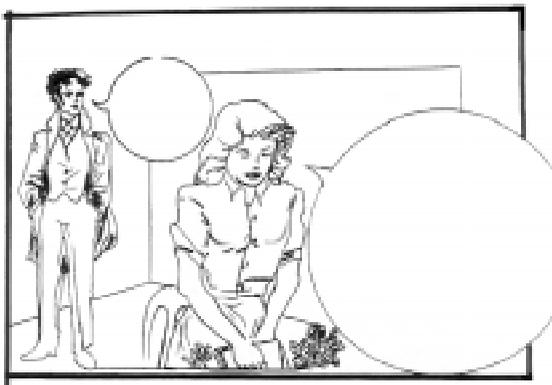
“suscita vivências do sofrimento psíquico, motivo pelo qual coletivos específicos de trabalhadores (neste estudo, os profissionais de enfermagem) constroem defesas também coletivas para se enfrentarem. Nessa perspectiva, a vivência é que merece ser adjetivada como ‘penosa’, dado que ela é de sofrimento (...) a penosidade do trabalho provoca simultaneamente o sofrimento mental e físico”.

Mediante esta configuração teórica e situacional, destacamos algumas falas com esta capacidade de visualização:

“Milagre, o plantão foi calmo”.

“Plantão agitado. Conseguimos controlar os pacientes com uma assistência eficaz”.





... *A Saída* ... – Prancha 15: Podemos inferir que as manifestações discursivas dos profissionais entrevistados expressam conteúdos relacionados à saída do paciente e do profissional de enfermagem após seu plantão. Ao primeiro associa-se o momento da alta melhorada cujo contentamento é traduzido pela alegria em deixar o hospital e suas expectativas revelando sentimentos (medo) e compromissos (medicação, família). Para a segunda, detectamos um indisfarçável alívio pela constatação do término de mais uma jornada de trabalho.

Percebemos, ainda, uma outra fonte de preocupação, ou seja, do paciente com relação ao seu futuro no pós alta, face à premissa da manutenção da medicação, e por revelar a fragilidade dos laços afetivos, sentimentais, psicológicas e sociais, provocados pela doença mental e a terapêutica:

“(...) ficam naquela tensão. É tanto que quando a gente sabe que o parente tá vindo buscar o paciente nem avisa pra ele. Não, porque se você falar ele fica tão tenso que não vai te deixar em paz e é bem capaz de adoecer de novo”.

Por outro lado, a saída do profissional de enfermagem associa-se a uma descarga de tensão, por uma série de fatores ligados ao exercício profissional e sua própria experiência de vida. Sobre estes entendimentos, uma questão parece emergir mediante as manifestações discursivas, ou seja, a desvalorização do trabalho. Sobre esta questão, Fraga (1993) diz que:

“A desvalorização do trabalho de enfermagem, na psiquiatria, parece estar relacionada à rejeição ao doente mental que impera na sociedade e não se reflete necessariamente nos salários que costumam ser baixos para a categoria em seu conjunto. A referida desvalorização reflete-se mais diretamente nas condições gerais de trabalho e no entendimento dos dirigentes de que não é necessário um preparo formal aprofundado do pessoal de enfermagem para trabalhar na especialidade, entre outros”.

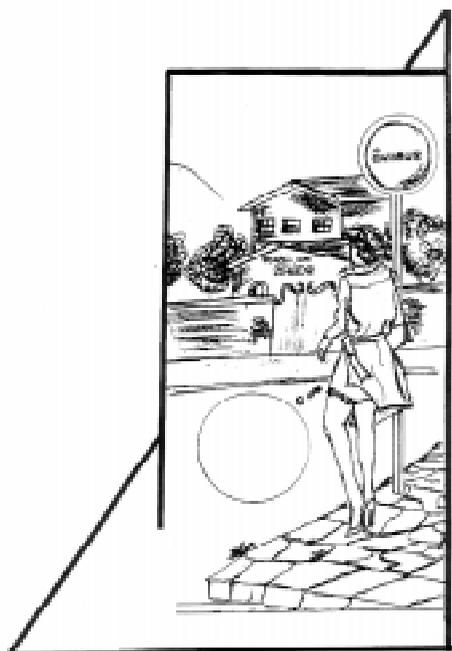
Por outro lado, pareceu-nos verdadeiro a assimilação da adjetivação de trabalho considerado penoso e a experiência cotidiana em função das manifestações da doença mental as quais inscrevem, segundo Spink apud Sato (1993),

“(...) na arena de conflitos, entendidos como diversidade uma vez que os contextos de trabalho são geradores de incômodo, esforço e sofrimento físico e mental, sentidos como demasiados, sob os quais o trabalhador não tem controle”.

Os elementos ansiogênicos observados fazem com que *A saída* deste contexto seja um desejo não somente compartilhado pelos pacientes mas, principalmente e indiretamente, pelo profissional de enfermagem.

Dissemos, ao iniciar a discussão sobre esta prancha, que detectamos dois entendimentos no que se refere à saída do paciente e do profissional do contexto analisado. Sobre este direcionamento, a saída, em ambos sentidos, associa-se a idéia da partida, cuja variável tempo pode ser diferenciada para os profissionais e para os doentes mentais. Nesta perspectiva, a saída apresenta algo do imaginário “rito do embarque”, algo de incerto sobre o futuro quer do profissional, quer do doente mental, que,

segundo Foucault *apud* Miranda (1993), tinham a finalidade de “torná-lo prisioneiro a sua própria partida. A navegação traz em si a marca da incerteza da sorte, em que cada um é confiado a seu destino”.



... *Descanso* - Prancha 16: Sobre este estímulo, entendemos que as mensagens, oriundas do evento saída, e dos investimentos afetivos, demonstrados pela retirada do contexto institucional psiquiátrico e traduzidos na expectativa do descanso, revelam aspectos de difícil detecção da estruturação desse serviço, mas que, sob certa medida, originam-se na divisão social do trabalho e na forma organizacional adotada pela instituição, transformando a fadiga do trabalho em penoso.

Sobre esta questão concordamos com Fraga (1993):

“a divisão pormenorizada do trabalho destrói as ocupações consideradas neste sentido, e torna o trabalhador inapto a acompanhar qualquer processo completo de produção”.

Com o processo de industrialização, iniciamos não somente uma onda de profissões tecnológicas, mas também e, principalmente, uma onda de desvalorização do humano. O paradigma dominante passa a ser “abaixo os sentimentos e viva o lucro”.

Esta ordem ganhou todos os espaços, públicos e privados, incluindo as instituições. Nos serviços de saúde, em destaque o hospital, não poderia ser diferente, haja vista a predominância do aspecto higienista que sempre perpassou, incluindo a psiquiatria. Se de um lado é imperativo a divisão social do trabalho, o processo de trabalho na saúde não pode ser igualado ao entendimento dos meios e modos de produção e desenvolvimento tecnológico, comumente reconhecido. Reduzir o saber a esta dimensão técnica implica, a grosso modo, uma ignorância conceitual e prática desta realidade. Não há, portanto, concordância no tocante aos modos produtivos na área de saúde, uma vez que características distintivas de atuação e intervenção são determinadas historicamente para cada profissional. O próprio processo de trabalho na enfermagem não se processa de maneira uniforme entre seus profissionais, haja vista as atribuições, as habilidades e as competências prescritas para cada um dos seus agentes.

O reflexo dessa realidade é imediatizada pelas falas dos profissionais de enfermagem, quando reveladas no seu dia-a-dia como forma de cansaço. Portanto, sua jornada de trabalho é entendida e considerada, por eles próprios, como um trabalho penoso. A percepção desta adjetivação é manifestada através dos diversos fragmentos dos seus discursos cuja ênfase recai na sobrecarga e no controle hospitalocêntrico. Vejamos:

“Termina o plantão e vencido mais um dia de trabalho”.

“Até que enfim estou livre, vou embora”

“Graças a Deus! Agora vou descansar”.

Considerações

Para compreender a inserção e a prática de enfermagem, no tratamento das doenças mentais nesta instituição, foi necessário adotar recortes para diferentes respostas dadas sobre alguns aspectos da assistência prestada. Este esclarecimento tem por finalidade chamar a atenção para sua prática, sem cairmos no vazio da crítica por ela mesma. Ressaltamos que, ao olharmos para a prática de enfermagem, no nível da assistência, tornou-se imprescindível também olhar para alguns determinantes sociais que influenciam e interferem no seu modo de intervenção. Reconhecemos o caráter preliminar do estudo frente ao projeto de pesquisa (Enfermagem Psiquiátrica: o desafio cotidiano) que, a seu turno, exigirá um maior aprofundamento em sua análise, cujas contribuições tenderão refletir na organização do próprio serviço e do espaço hospitalar.

A assistência de enfermagem psiquiátrica, na maioria das vezes, é confrontada com as dificuldades inerentes à própria área em que se exige dos profissionais envolvidos um certo grau de improvisação, agravados e revelados pela falta de condições adequadas de trabalho em seu dia-dia. Por outro lado, esta faceta possibilita o exercício da criatividade refletindo um estímulo para a competência deles.

O serviço de enfermagem é considerado penoso em função da vivência cotidiana com o sofrimento psíquico. Neste sentido, Dejourns *apud* Sato (1993) diz que “a penosidade do trabalho provoca simultaneamente o sofrimento mental e físico”. As pranchas 1 e 16, respectivamente denominadas “início da jornada” e “descanso”, foram as que apresentaram grandes conteúdos deste entendimento. Interessante notar que ambas são antagônicas em seu estímulo gráfico, embora integrantes de um mesma jornada de trabalho.

O cotidiano da assistência ao doente mental, no que diz respeito ao seu tratamento e, conseqüentemente, definido do modo de intervenção da enfermagem, ditado pela “farmacoterapia, psicoterapia e terapia ocupacional”, no entender da En^a Tânia Maria Guedes, que atua no serviço desde sua inauguração. Discordamos parcialmente da informação no que diz respeito aos tratamentos adotados, uma vez que a ênfase do tratamento psiquiátrico é ditada pelo modelo médico, tendo na psicofarmacoterapia sua argumentação e controle. Portanto, as outras duas formas citadas, mesmo com a presença dos profissionais na unidade de internação, não qualificam as atividades desempenhadas por eles como atividade prevalente ou até mesmo coadjuvante, dada a sua forma pouco articulada com o contexto. Embora desenvolvam atividades com uma certa frequência não se enquadram nos referenciais teóricos que as fundamentam como suporte terapêutico.

Sob a influência da psicofarmacoterapia, o papel esperado do enfermeiro, neste contexto, pode ser visualizado através de dois modos:

De um lado, este serviço de enfermagem é prestado na perspectiva de *controle*, e, sobre esta questão, concordamos com as observações de Miranda (1994), ainda atuais, sobre o papel do enfermeiro no hospício do século XIX, o qual tinha como tarefa fundamental a vigilância dos doentes mentais, noite e dia, dentro e fora do estabelecimento. Nesta perspectiva controladora o “enfermeiro” é um agente situado entre o guarda e o médico do hospício, devendo estabelecer entre aquele e o doente a corrente do olhar vigilante.

Do outro lado, Taylor (1992) diz que o papel atual do enfermeiro na psiquiatria é exclusivamente o de *agente terapêutico*, por ser um processo que auxilia pessoas individualmente e em grupos baseados no relacionamento interpessoal.

Sobre esta questão, concordamos com o sentido dado por Quadra & Apalategui *apud* Pitiá (1997) quando dizem que o “agente terapêutico comumente é considerado aquele profissional que, independente de sua formação acadêmica, coloca-se como um elemento de ajuda no relacionamento com quem dele necessita, especialmente nos serviços de saúde mental”. Nesse sentido, concordamos com a autora por ser uma função mais evidenciada e esperada dos “enfermeiros que trabalham diretamente com a clientela das unidades de internação”. Desse entendimento é provável que a esperada atividade terapêutica, resultante das diferentes experiências individuais dos profissionais frente às intervenções nas manifestações de crise do doente mental e da família, seja um fato e uma atitude considerada natural para estes frente à emergência dos conflitos.

Concluindo, observamos que a localização deste serviço se encontra implantado nos fundos do HBAP, literalmente após os demais serviços, tais como os de apoio, lavanderia, limpeza e conservação, necrotério e almoxarifado. A inserção da psiquiatria no contexto do hospital geral parece sugerir que as manifestações da doença mental precisam ser, discreta e/ou intencionalmente, deslocadas de áreas de maior movimentação profissional e de atendimento à demanda. É provável que dessa forma, sob a argumentação de proteção e segurança, este distanciamento espacial se faça visivelmente presente dos demais serviços de saúde do HBAP, onde, sob certa medida, revela o encobertamento deste perante os demais, revelando uma faceta obscura do seu compromisso social.

Referências Bibliográficas

- ALEXANDER, F. G.; SELENSNICK, S. T. *História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente*. São Paulo : Ibsa, 1980.
- FRAGA, M. N. O. Construção da reforma psiquiátrica brasileira: questões sobre o modo de inserção da enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 45., 1994, Recife. *Enfermagem na perspectiva de saúde com qualidade*. Recife, 1994.
- _____. *A prática de enfermagem psiquiátrica: subordinação e resistência*. São Paulo : Cortez, 1993. 158p.
- FINGER, J. A. O. *Terapia ocupacional*. São Paulo : Sarvier, 1986.
- GRANDINO, A.; NOGUEIRA, D. *Conceito de psiquiatria*. São Paulo : Ática, 1985.
- HERSLICH, C. La problématique de la représentation sociale et son utilité dans le champ de la maladie. *Sciences sociales et Santé*, (II), 2, p. 71-84.
- MACHADO, J. I. B. *A construção de significados de uma doença crônica: a artrite reumatóide*. São Paulo : PUC, 1994.
- MANZOLLI, M. C. *et al. Psicologia em Enfermagem*. São Paulo : Sarvier, 1981.
- MIRANDA, F. A. N. *Doente mental: sexualidade negada?* 1996, 290 fls. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.
- MIRANDA, C. L. *O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar*. São Paulo : Cortez, 1994.
- MOSCOVICI, S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro : Zahar, 1978.
- MUNARI, D. B.; RODRIGUES, A. R. F. *Enfermagem e grupos*. Goiânia : AB Ed., 1997.
- PERRUSI, A. *Imagens da loucura: representação social da doença mental na psiquiatria*. São Paulo : Cortez, 1995.
- PITTIÁ, A. C. A. *O enfermeiro e seu cotidiano. cenas de um manicômio*. 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997..
- RESENDE, H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: CIDADANIA e loucura políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis : Vozes, 1988.
- ROCHA, R. M. *Enfermagem psiquiátrica: que papel é este?* Rio de Janeiro : Te Corá, 1994.
- ROSE, M. A. *et al. A origem dos preconceitos*. São Paulo : Perspectiva, 1972.
- SATO, L. A representação social do trabalho penoso. In: SPINK, M. J. (Org.). *O conhecimento no cotidiano - representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo : Brasiliense, 1993.
- TAYLOR, C. M. *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.

The quotidian of psychiatric nursing in a hospital: a health professionals perspective

Abstract

The present study presents partial results of the PIBIC/CNPq/UNIR-1997-1998 Project, whose homonymous title search to comprehend the quotidian of the nursing professionals practices who work or not in the unity of psychiatric hospitalization of the Hospital of Basis Dr. Ary Pinheiro (HBAP), in Porto Velho/RO. When the quotidian of the nursing professionals into this context is investigated there is a rescue of important psychosocial aspects of psychiatric nursing, besides registering the own history of the general nursing care in this institution in this spatial-time act. To comprehend this consensual universe facing the objectified universe of the science makes us feel paradoxically compelled to detect conflicts regarding the proper assistance, the professional consciousness, the affective investment and the proper institutional suffering. In this direction, this study adopts the Theory of the Social Representations as theoretical basement (Moscovici, 1961), that associated to the projective procedures, called Technique of Investigation in Quotidian Situation – T.S.C. (Miranda, 1996) – fortifies our understanding on this space, in proportion to these subjects, (re) construct their practice which is, understood, as impregnated by social representations required by the proper illness as well as or the work process and its relations with the institution and the society in which is inserted as strategy of maintenance of the statute conferred by different societal segments.

Key words: nursing care, quotidian, social representation.

MIRANDA, F. A. N de; ARDAIA, A. R.; ARAÚJO, K. L. The quotidian of psychiatric nursing in a hospital: a health professionals perspective. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde*, Londrina, v. 2, n. 1, p. 35-51, out. 2000.