

SANDRA REGINA CORREA

**O PAPEL HUMANIZANTE DA ENFERMAGEM NA UNIDADE DE
PSIQUIATRIA PARA TRATAMENTO DE
FARMACODEPENDÊNCIA EM UM HOSPITAL GERAL**

2002

SUMÁRIO

1. Apresentação.....	02
2. Histórico e funcionamento da Unidade de Psiquiatria do Hospital Estadual de Diadema.....	08
3. Atendimento a pacientes com transtornos relacionados Ao uso de drogas.....	18
4. Regras de Comunicação Terapêutica.....	26
5. Conclusão.....	32
Referência Bibliográfica.....	35
Anexos.....	36

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi elaborado como apresentação da monografia do curso de Especialização realizado no PROAD – Programa de Orientação ao Dependente da UNIFESP/EPM – Universidade Federal de São Paulo, cursado durante o ano de 2002.

O desenvolvimento da função de Enfermeira encarregada, da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital Estadual de Diadema durante esta formação, possibilitou importantes reflexões sobre a profissão de enfermagem no contexto desta clínica. Isto foi possível na medida em que o conhecimento teórico fez rever a prática de modo a contextualizá-la no desenvolvimento sócio histórico da profissão verificando suas repercussões neste tipo de atendimento.

Este exercício revelou limites e possibilidades do saber profissional na clínica do toxicômano.

Para melhor compreensão da construção dos aspectos sócio históricos deste saber, procurei fazer um breve relato sobre o desenvolvimento da Enfermagem, Enfermagem Psiquiátrica e como os desafios historicamente determinados contribuíram e, muitas vezes, dificultaram o trabalho junto ao atendimento de usuários de substâncias psicoativas.

Esta clínica nos apresenta desafios diários, e, segundo Silveira - 1999, "não há 'Enfermagem psiquiátrica', com suas atribuições pré definidas e permanentes. O que há é uma permanente construção desse saber, o qual como todo saber, não existe dissecado, recortado do conjunto de acontecimentos que o cerca, mas sim, submerso numa rede composta por fatores dos mais variados, desde políticos e econômicos, subjetivos, libidinais, entre outros, podemos dizer que a profissão de enfermeiro é um processo em construção".

Assim, para que nos situemos minimamente nesta complexa rede multifatorial, passaremos a um breve resgate sócio histórico do desenvolvimento da profissão.

1. ENFERMAGEM, UM BREVE HISTÓRICO

A enfermagem profissional moderna nasceu no contexto do desenvolvimento da sociedade capitalista, particularmente na Inglaterra. Assim sendo, a história desta profissão também traz as marcas da divisão social e técnica do trabalho.

No início do processo de formação, o sistema de ensino, chamado Nightingale, tinha por objetivo a implementação de técnica disciplinar que possibilitasse a transformação do espaço hospitalar em local de cura, de disciplinamento dos trabalhadores e das tarefas, sob orientação médica, e eram definidas duas categorias: as *lady nurses*, mulheres oriundas da burguesia, que eram preparadas para o ensino e a supervisão, e as *nurses*, mulheres das classes baixas, encarregadas do cuidado direto aos doentes e que moravam e trabalhavam no hospital durante a formação. Instituíam-se uma divisão entre o trabalho intelectual e o trabalho manual.

Podemos dizer que "a enfermagem é, portanto, prática historicamente estruturada, ou seja, existe, ao longo da história da humanidade, porém constituída de diferentes maneiras de cuidar que, por sua vez, são determinadas pelas relações sociais de cada momento histórico. Atualmente o trabalho de enfermagem é integrante do trabalho coletivo em saúde, é especializado, dividido e hierarquizado entre auxiliares, técnicos e enfermeiros de acordo com a complexidade de concepção e execução". (Oliveira - 2003)

Num breve resgate da história da psiquiatria, "essa medicina especial [...], teve um nascimento historicamente situado, resultado do encontro entre uma prática social sistemática de reclusão de incapazes e um pensar médico positivo" (Oliveira - 2003)

"Como importante aspecto no tocante à relação da sociedade com os "loucos", no Brasil, o projeto de medicina social propôs a reformulação das instituições que deles se ocupavam - enfermarias das Santas Casas e demais asilos de caridade - com o objetivo de transformação desses locais de produção de doença e morte em instituições de cura/reeducação - o hospício moderno. Visava, entretanto, muito mais do que a reordenação do espaço de exclusão dos considerados loucos. Buscava interferir na sociedade "sadia" com

o objetivo de reduzir as causas de alienação, através da aplicação de princípios científicos à vida social e política, portanto, uma higiene social, além da higiene física".

A enfermagem teve participação importante no que se refere ao conhecimento e organização interna do espaço asilar/hospitalar.

No Brasil, em 1890, criou-se a primeira escola de enfermagem ligada ao Hospital Nacional de Alienados, para atender a necessidade de preparação de pessoal para o trabalho de cuidar dos alienados num espaço medicamente concebido e, portanto, necessitado de mão-de-obra, também médico cientificamente orientada. Os cursos que objetivavam a preparação de profissionais que cuidassem dos doentes mentais, eram orientados por médicos. Dessa forma, não seguiam o modelo Nightingale. O preparo dos enfermeiros(as) nas instituições psiquiátricas, acompanhou o processo de medicalização dos asilos.

A Escola de Enfermagem Anna Nery, fundada em 1923 no Rio de Janeiro é considerada a primeira escola de enfermagem "moderna" do Brasil. Porém, pela historiografia, não inclui em seu currículo, até o ano de 1949, nenhuma matéria relacionada às doenças mentais. Mas, se a história da enfermagem brasileira "esqueceu" o ensino de enfermagem implantado no Brasil no período de 1890 a 1923, a profissão não pôde apagar as experiências adquiridas neste período, pois faz parte de sua constituição histórica. Importante pensar neste fato, para não perder o fio condutor da profissão que, no final da década de 70 e início dos anos 80 experimentou novas e profundas modificações quando se viu diante dos primeiros momentos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Nesta época a sociedade brasileira vivia o final da ditadura, a falência do "milagre econômico", ressurgimento dos sindicatos, partidos políticos e retorno ao Estado de Direito.

Um segundo momento desta reforma, já na Nova República, foi marcado pela expectativa de que, uma nova administração estatal, baseada na crítica da cientificidade da medicina/psiquiatria e da neutralidade da ciência pudesse resolver os problemas de saúde/saúde mental da população.

O terceiro momento da Reforma Psiquiátrica se deu com o processo da desinstitucionalização.

Esta trajetória promove profundas reflexões nos profissionais da enfermagem, pois muda completamente a concepção do cuidar. Segundo Oliveira (2003) "Se compreendermos a produção científica da enfermagem como um instrumento do seu processo de trabalho, podemos considerar que as mudanças que ocorrem nos instrumentos materiais (equipamentos) ou não materiais métodos, por exemplo) - decorrem das mudanças da finalidade desse trabalho. Se analisarmos o trabalho em saúde mental sob essa perspectiva poderíamos afirmar que na psiquiatria "pineliana" o hospício - compreendido como a reclusão, os métodos físicos, a figura de autoridade do médico/alienista e a disciplina e higiene impostas pelos enfermeiros - era o instrumento adequado para a finalidade - cura/reeducação do "louco" - nesse momento considerado "alienado". Na atualidade, no paradigma da Reforma Psiquiátrica, os instrumentos materiais mais evidentes são os NAPS e CAPS, hospitais-dia, enfermarias e ambulatórios em hospitais gerais. E no que se refere a produção não material, muitos estudos têm sido realizado pelos enfermeiros, na tentativa de compreender os pilares da constituição do seu trabalho neste setor. Ainda em Oliveira (2003), segundo revisão da literatura feita por este autor, podemos destacar algumas tendências teóricas:

- ✓ Indefinição dos profissionais de enfermagem psiquiátrica, sobre seu papel neste tipo de assistência, o que provoca muitas vezes, uma "fuga" para o desempenho de atividades burocrático-administrativas. É uma "identidade possível" - Esses mesmos estudos afirmam que, embora a literatura especializada na área aponte uma convergência teórica em torno da compreensão de que o papel do enfermeiro em serviços de saúde mental é o de "agente terapêutico, cujo objetivo fundamental é auxiliar o paciente a aceitar a si próprio e a melhorar as suas relações pessoais", o trabalho efetivo dos enfermeiros centra-se, principalmente, no desenvolvimento de atividades burocrático-administrativas.
- ✓ Uma das constatações sobre a atuação dos profissionais de enfermagem em saúde mental é a inserção da assistência de enfermagem no contexto atual de mudanças políticas, caracterizados pela Reforma Psiquiátrica, aponta que a maioria dos enfermeiros não se sente preparada para atuar

em Enfermagem Psiquiátrica ou Saúde Mental e não está adequadamente informada sobre as mudanças políticas que vêm ocorrendo na área.

- ✓ Alguns estudos demonstram que, apesar do discurso dos enfermeiros estar orientado para a desconstrução do saber psiquiátrico e para a superação das práticas manicomiais, o paradigma predominante em suas ações é o modelo organicista. Os enfermeiros mantêm as práticas tradicionais - triagem e controle principalmente medicamentoso dos pacientes em crise - embora o discurso aponte para atividades de relacionamento interpessoal e trabalho interdisciplinar. Assim, embora reconheçam a limitação daquele modelo médico psiquiátrico na abordagem do sujeito com transtornos mentais, ocupam-se rotineiramente, de sua "doença mental" ao controlar o comportamento dos pacientes e, apesar de criticar o tratamento ofertado pela instituição - pautado pelo modelo organicista - não se percebem como agentes de transformação dessa realidade.

- ✓ A dificuldade de co-responsabilizar-se pela assistência é freqüentemente observada na prática dos enfermeiros que trabalham em serviços de saúde mental. De uma maneira geral, eles usam como argumento a falta de autonomia, a ingerência do médico na assistência de enfermagem, enfim, a submissão do trabalho de enfermagem ao trabalho médico, mas, ao mesmo tempo, permanecem comodamente nessa situação, como que a auferir alguma vantagem, ou seja, não participam das decisões do tratamento e, algumas vezes, nem daquelas relacionadas às próprias ações de enfermagem, também não se responsabilizam pelo tratamento. Assim, aliado ao fato de maior valorização salarial do profissional médico, que ocorre freqüentemente nos serviços, reforça-se o seu papel de responsável técnico por todo o tratamento. O enfermeiro não se define como sujeito trabalhador. Assim, podemos indagar qual é a condição desse profissional conduzir-se em relação a uma assistência cuja orientação é a reinserção social da pessoa com transtornos mentais - o resgate da cidadania desse sujeito - quando ele mesmo não se posiciona na equipe como sujeito-cidadão.

A produção teórica da Enfermagem traz à tona, questões que permeiam o cotidiano da prática profissional. E, embora possibilite que esta seja revista e repensada, as mudanças são gradativas por serem de grande complexidade. se pensarmos que a postura de sujeito-cidadão extrapola os limites da profissão, embora nela se reflitam.

.Com relação aos procedimentos técnicos e burocráticos, é certo que são indispensáveis no desenvolvimento das atividades cotidianas da equipe de enfermagem. Porém. se executados sob o paradigma de que este paciente é portador de um sofrimento psíquico e deve ser atendido nas suas necessidades psicossociais, já representa um diferencial nas estratégias de intervenção. Sobretudo se puderem ser desenvolvidas como instrumento de aproximação e não distanciamento destes pacientes.

Neste sentido, o trabalho desenvolvido na Enfermaria de Psiquiatria do Hospital Estadual de Diadema, destinado ao atendimento de dependentes químicos, que passaremos a apresentar, é verdadeiro instrumento de diário de reflexão sobre os paradigmas constituintes da profissão de enfermeiro. Isto porque, ao considerar o paciente na sua individualidade e complexidade histórica, rompe com padrões e padronizações levando a um modo de cuidar que há algum tempo nomeei como o "Atendimento Corpo-a-Corpo" pela proximidade que exige entre profissional e paciente. Esta exigência pode explicar-se pelo regime de internação e pela especificidade das vivências possíveis aos pacientes em abstinência.

Com relação aos padrões e padronizações, vale ressaltar que parte deste trabalho foi se constituindo na medida em que montávamos o manual para o Programa Brasileiro de Acreditação, onde deveriam constar as normas e rotinas das atividades desenvolvidas pela enfermagem a fim de padronizar os procedimentos. Isso me fez pensar em como o trabalho com dependentes químicos, na proposta desta equipe, está muito além das normas e rotinas.

Foi pensando nisso, que incluí um resumo dos transtornos psiquiátricos mais comumente associados ao uso de substâncias psicoativas e os respectivos procedimentos técnicos de enfermagem. Isto foi feito para que, ao final do trabalho, possibilite uma discussão sobre o quanto temos tentado fazer da técnica, um instrumento facilitador na relação com o paciente.

2. HISTÓRICO E FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL ESTADUAL DE DIADEMA-HED

O atendimento em saúde mental para dependentes químicos do Hospital Estadual de Diadema, iniciou-se em abril de 2001 oferecendo serviços em pronto atendimento, internações e interconsultas aos demais serviços do hospital

O ambulatório de psiquiatria iniciou-se com pronto atendimento. As consultas, a principio eram dirigidas aos pacientes egressos da enfermaria. Hoje o ambulatório está aberto para pacientes encaminhados por pronto-socorros, ambulatório de saúde mental e UBS.

Os pacientes atendidos nesse serviço, são usuários de substâncias psicoativas, a idade mínima para internação é de 12 anos. O regime de internação é voluntário.

Em 2002 no ambulatório contamos com três grupos de acolhimento, que são realizados por um psiquiatra plantonista e um psicólogo, esses grupos são abertos á todos pacientes que buscam tratamento para dependência e pacientes egressos da enfermaria que continuam o tratamento ambulatorial. Também contamos com um grupo de projetos realizado pela assistente social e T.O como parte de um processo para reinserção do individuo na sociedade. Às sextas-feiras psicólogo e assistente social realizam grupo com familiares dos pacientes.

2.1 PERFIL DOS PACIENTES A SEREM ATENDIDOS

- ✓ Dependência de drogas. Em casos de dependência exclusiva de álcool, o atendimento somente poderá ocorrer se houver uma parceria com a unidade que encaminhou o paciente.
- ✓ Idade: A partir de 12 anos
- ✓ Sexo: Ambos os sexos

- ✓ Comorbidades: Pacientes com diagnósticos de esquizofrenia ou mais psicoses não-orgânicas só serão internados quando o quadro de dependência de drogas for tão grave a ponto de ser o aspecto mais importante do quadro atual.
- ✓ Menores de idade: Pacientes menores de 21 anos deverão estar acompanhados do responsáveis (familiares, membros do conselho tutelar ou tutela judicial).
- ✓ Número de internações anteriores: Pacientes com história recente (até 10 anos) e com poucas internações anteriores.
- ✓ Internação Voluntária: Com consentimento do paciente.

2.2 INTERNAÇÃO

Havendo demanda de atendimento, sempre que possível, os pacientes serão vistos inicialmente em regime ambulatorial(individual e/ ou em grupo de acolhimento). O objetivo deste atendimento é descaracterizar a urgência, esclarecer o diagnóstico e avaliar a motivação para o tratamento.

Tanto o paciente quanto a família poderão ser atendidos neste esquema ambulatorial, por um tempo não pré estabelecido. Esta intervenção poderá definir se o atendimento continuará apenas ambulatorial ou se o paciente será encaminhado para a internação voluntária.

Em caso de internação, tanto o paciente quanto a família serão informados e se comprometerão a cumprir as regras da enfermaria(anexos 1 e 2).

Quando estas regras não forem cumpridas, o paciente será desligado automaticamente do tratamento, recebendo alta da enfermaria.

Pacientes maiores de 21 e um anos poderão sair sozinhos, responsabilizando-se pela sua alta. Os menores de 21 anos só poderão sair acompanhados por familiares ou por responsáveis.

Em caso de internações compulsórias, via mandado judicial, as regras supra citadas deverão ser cumpridas da mesma maneira.

O tempo médio previsto para internação é de 15 dias. Após este período, o paciente poderá ser assistido ambulatorialmente nesta instituição para depois ser encaminhado para outros serviços.

OBJETIVOS

- Desintoxicação
- Esclarecimentos diagnóstico
- Elaboração de um plano terapêutico individualizado, que incluirá possível intervenção medicamentosa, previsão de tempo de tratamento, atendimento individual, grupal e familiar, visando a vinculação deste paciente e de sua família no tratamento durante a internação e após a alta.

Na enfermaria o paciente será encaminhado para o seu leito e submetido a uma revista feita pela enfermagem, com o objetivo de se evitar a entrada de drogas ou objetos que poderiam ser utilizados como armas. Seus pertences são arrolados pela enfermagem e o paciente confere e assina concordando. As roupas são marcadas com suas iniciais para não haver trocas com outros pacientes.

Os familiares se responsabilizarão por trazer as roupas para o paciente e também por leva-las para lavar quando sujas, nas reuniões de família, aqueles que não tiverem roupas poderão ter acesso as roupas doadas pelo hospital.

Caso os familiares queiram trazer alimentos para o paciente, somente serão aceitos industrializados, empacotados e que não necessitem de refrigeração, tais como balas e biscoitos. Os alimentos serão coletivizados e consumidos aos sábados a tarde durante um grupo de conscientização do coletivismo e coleguismo realizado por Auxiliares de Enfermagem.

Os pacientes fumantes deverão trazer seus cigarros, e estes ficarão guardados com a enfermagem. Na possibilidade do cigarro acabar antes da vinda dos familiares, não será providenciado cigarros pela equipe.

Os pacientes não receberão visitas na enfermaria; também não serão autorizados a usar o telefone e nem a receber ou mandar cartas. Poderão ter contato com a família nos dias de orientação familiar, a critério da equipe.

O pacientes menores de idade poderão receber visitas de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente. No entanto, estas visitas também são discutidas pela equipe a fim de que aconteçam da melhor maneira possível, levando-se em consideração as relações familiares e o grupo de pacientes internados, uma vez que este procedimento não se estende a todos.

2.3 DESCRIÇÃO DA ENFERMARIA DE PSIQUIATRIA

A enfermaria de psiquiatria do Hospital Estadual de Diadema possui 10 leitos, divididos em 5 quartos. A enfermaria é mista, sendo que quatro vagas são reservadas para cada sexo e as duas restantes, ora são femininas, ora masculinas, conforme a necessidade.

A enfermaria funciona em regime fechado. O paciente não pode sair sem autorização da equipe. Algumas medidas de segurança são usadas na estrutura física da enfermaria: as janelas tem a abertura limitada, o pátio é gradeado, a porta de entrada permanece trancada, objetos considerados perigosos como isqueiros, espelhos de vidros ou cintos são mantidos sob os cuidados da enfermagem.

As internações se destinam a situações de crises vividas pelo paciente, em que o tratamento ambulatorial ou em hospital-dia não foi possível naquele momento. O objetivo é sempre que estas outras formas de tratamento continuem após a internação, tão logo as condições clínicas do paciente permitam. Visamos portanto, internações curtas, geralmente de algumas semanas, em média 15 dias.

O tratamento baseia-se nos seguintes princípios:

- ✓ Procura atuar conjuntamente através de intervenções medicamentosas e psicoterapêuticas, sempre respeitando a idéia de multidisciplinaridade no campo da saúde mental.

- ✓ A atenção á família do paciente é fundamental, para desenvolver atitudes favoráveis ao seu tratamento e uma compreensão do problema que reduza o impacto emocional das conseqüências da doença sobre os familiares.
- ✓ A população atendida pelo HED apresenta com grande freqüência problemas sociais que afetam em muito as possibilidades de tratamento e recuperação do paciente e devem receber atenção especial por parte da equipe.

A avaliação clinica é diária, procurando oferecer não só toda a atenção psiquiátrica , como também aproveitar o ambiente clínico do hospital geral e atender as diferentes necessidades médicas do paciente o mais rápido possível solicitando exames e Interconsultas com as demais clinicas sempre que preciso.

Os pacientes são estimulados a participar de atividades terapêuticas grupais que ocorrem de segunda a sexta-feira, pela manhã e a tarde e a permanecer no salão de convivência ou no pátio da enfermaria a maior parte do dia, utilizando suas roupas habituais, bem como fazer as refeições no salão de convivência com os demais pacientes.

Os pacientes têm no salão de convivência uma televisão, vídeo, som, jogos de mesas, e revistas, para os períodos entre as atividades. Somente em situações especiais o paciente permanece em seu quarto durante o dia. Eles contam também com uma biblioteca que é comum ao hospital e, portanto, fora do ambiente da enfermaria.

Cada quarto (02 leitos) possui seu banheiro, além do banheiro da sala de convivência

As atividades terapêuticas da enfermaria compreendem:

- ✓ Atendimentos individuais ao paciente e reuniões com seus familiares.
- ✓ Grupo verbal
- ✓ Grupo de terapia ocupacional
- ✓ Grupo de culinária
- ✓ Jornal-mural

- ✓ Grupo de auto-cuidado
- ✓ Passeios externos
- ✓ Horta

A equipe multidisciplinar é composta de:

- ✓ 01 Psiquiatra coordenador
- ✓ 02 Psiquiatras diaristas
- ✓ 07 Psiquiatras plantonista
- ✓ 03 Psicólogos
- ✓ 01 Enfermeiro 40 horas semanais
- ✓ 02 Auxiliares de enfermagem ou Técnicos de enfermagem por turno, sendo sempre 1 feminino e 1 masculino.
- ✓ 01 Assistente social
- ✓ 01 Terapeuta Ocupacional

Os psiquiatras dão cobertura 24 horas por dia à enfermaria, no caso de intercorrências.

2.4 FUNCIONAMENTO DA ENFERMARIA

No momento da internação:

.O paciente e os responsáveis deverão assinar o termo de compromisso (anexos 1 e 2), nos quais estão descritas as regras da enfermaria.

A EQUIPE DE ENFERMAGEM

É notório que, para o bom atendimento ao paciente psiquiátrico, é necessário um grupo de pessoas bem treinadas.

A equipe de enfermagem nasceu dentro das instituições e da necessidade de cuidado para um grupo relativamente grande de pacientes.

Aos componentes da equipe de enfermagem cabe o cuidar, entendido como atender as necessidades humanas básicas da pessoa em processo de doença ou em prevenção de sua saúde. A equipe de enfermagem é o grupo de pessoas liderado por um enfermeiro que interpreta e coordena os planos de assistência.

Os principais requisitos para o trabalho em equipe são:

1. Espírito de coordenação e divisão de trabalho, como forma de obter um produto ativo.
2. Possuir espírito de tolerância e respeito mútuo
3. Pensamento crítico e criador.
4. Bom relacionamento
5. Capacidade para adquirir conhecimento através da participação ativa.

Para que a equipe de enfermagem se desenvolva bem, o enfermeiro deverá ser capaz de:

- a. Capacitar o grupo a aprimorar-se nas habilidades e atitudes sociais.
- b. Empregar técnicas de dinâmicas de grupo.
- c. Usar habilidades comunicativas
- d. Planejar, controlar, avaliar e registrar atividades da equipe.
- e. Levar os elementos do grupo a contribuírem para alcançar os objetivos propostos.
- f. Estimular a intercomunicação direta.
- g. Educação.

A educação para o pessoal de enfermagem é bastante importante, se considerarmos que a enfermagem é praticada por um grupo heterogêneo, com um exercício ainda impregnado de empirismo e marcado pôr contradições e conflitos. A educação objetiva contribui para a melhoria da qualidade da

assistência à saúde, preparando os profissionais para dar sua contribuição à sociedade.

É importante que o grupo de enfermeiros, atuando nas diversas instituições, perceba que o desenvolvimento sistematizado do pessoal reflète-se no padrão de assistência prestado ao paciente e, que o nível de satisfação de cada funcionário reflète a ênfase dada ao desenvolvimento integrado do ser humano.

Segundo SILVA et al (1989), o Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde define Educação Continuada de uma forma abrangente, desenvolvida a partir da formação profissional ou capacitação da pessoa, com o objetivo de aprofundar e ampliar sua bagagem de conhecimentos com o indivíduo participando ativamente desse processo, que não termina em momento algum. O treinamento de pessoal visa adaptar um indivíduo ao exercício de determinada função ou do presente cargo, com a finalidade de alcançar os objetivos propostos pela instituição podendo ser, portanto, incluído dentro da educação continuada.

Neste sentido, muitas vezes, é importante fazer uma reflexão entre o treinamento proposto para este trabalho e as exigências da clínica psiquiátrica para dependentes químicos, onde as peculiaridades do cotidiano desta clínica extrapolam a dinâmica da instituição como um todo. Uma enfermagem psiquiátrica num hospital geral requer constante trabalho de esclarecimento e sensibilização.

2.5 Definição de Enfermagem Psiquiátrica

Um processo em que a enfermeira e auxiliares de Enfermagem auxiliam as pessoas, individualmente ou em grupos, a desenvolverem um auto-conceito mais positivo, um padrão mais gratificante de relacionamentos interpessoais e um papel mais satisfatório na sociedade. Participando do processo terapêutico desenvolvido pela equipe interdisciplinar, todos os membros da equipe contribuem para a recuperação da saúde do indivíduo.

Princípios da Enfermagem Psiquiátrica:

- ✓ O paciente deve ser assistido com visão holística
- ✓ Na assistência de Enfermagem será focalizada sobretudo as qualidade e recursos dos pacientes.
- ✓ O paciente é único e deve ser assistido com dignidade.
- ✓ Todos os pacientes devem ser assistidos com compreensão e empatia, proporcionando condições para um relacionamento eficaz.
- ✓ Todo comportamento do paciente tem uma proposta e visa comunicar uma mensagem .

Funções do enfermeiro:

- ✓ Criador de ambiente terapêutico
- ✓ Agente socializador / Educador
- ✓ Agente terapêutico

Atribuições da equipe de enfermagem comum as clínicas de psiquiatria clássica e de atendimento a dependentes químicos:

- ✓ Participar do trabalho em equipe
- ✓ Orientar o paciente sobre a assistência a ser realizada.
- ✓ Verificar sinais vitais. Comunicar alterações.
- ✓ Administrar medicação conforme prescrição, observar, anotar e comunicar alterações.
- ✓ Observar, estimular, supervisionar e, se necessário, fazer higiene do paciente

- ✓ Observar , estimular supervisionar e ajudar o paciente quanto à alimentação e hidratação.
- ✓ Participar da contenção física no leito, se esta for necessária.
- ✓ Fazer uso da relação terapêutica.
- ✓ Observar, anotar, comunicar e intervir terapêuticamente nas alterações do quadro clínico
- ✓ Realizar técnicas de enfermagem de acordo com a necessidade e prescrição
- ✓ Fazer anotação de enfermagem
- ✓ Participar de treinamento e reciclagem
- ✓ Fazer controle de psicotrópicos.

Atribuições específicas do Enfermeiro:

1. Coordenar a equipe de enfermagem
2. Fazer treinamento e reciclagem da equipe de enfermagem .
3. Realizar reunião de discussão técnica com a equipe de enfermagem .
4. Orientar e supervisionar a equipe de enfermagem quanto à anotação.
5. Orientar o cliente e familiar sobre a assistência.
6. Fazer planejamento da assistência de enfermagem.
7. Prescrever a assistência de enfermagem
8. Fazer, orientar, supervisionar e avaliar a assistência de enfermagem.

3. ATENDIMENTO A PACIENTES COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE DROGAS

Embora o uso e abuso de cada droga específica tenham características únicas, é possível citar alguns pontos em comum acerca de todos os pacientes que fazem uso das mesmas. Estaremos chamando de droga ou substância química qualquer substância que tenha a propriedade de atuar sobre um ou mais sistemas do organismo produzindo alterações em seu funcionamento.

O comportamento do dependente de drogas afeta a seu bem estar físico, emocional e social, assim como o de sua família e sociedade. Além disso, acaba sendo inevitável seu envolvimento com o sistema de saúde e com o sistema legal.

O abuso e dependência das drogas podem ser explicados por fatores individuais e ambientais múltiplos interagindo. O uso pode ser de uma única droga ou de várias drogas ao mesmo tempo (polisubstância).

Atualmente as drogas mais conhecidas são os opiáceos (morfina, heroína, codeína), os depressores do SNC (álcool, barbitúricos, agentes antipsicóticos e agentes ansiolíticos), os estimulantes do sistema nervoso central (cocaína, crack e anfetaminas), os alucinógenos (LSD)) e a maconha.

O paciente pode reportar ou exibir um ou mais dos sintomas agrupados aqui, de acordo com os padrões de saúde funcionais.

Padrão percepção e manejo da saúde

- ✓ Negação da necessidade de tratamento.
- ✓ Minimização dos problemas relacionados ao uso da (s) droga (s).
- ✓ Preocupação a respeito do álcool ou determinada droga enquanto nega o uso de outras drogas.
- ✓ Gabar-se a respeito das habilidades sob influência da (s) droga (s).
- ✓ Resistência ao tratamento
- ✓ Hostilidade e permanecer na defensiva, quando questionado a respeito do uso da (s) droga(s).

- ✓ Crença de que o uso da (s) droga pode ser interrompido a qualquer momento.

Padrão metabólico e nutricional

- ✓ Ganho ou perda de peso.
- ✓ Perda do interesse em comida ou bebidas nutritivas.
- ✓ Tendência a comprar álcool ou droga ao invés de comida.
- ✓ Hiperconsumo de comida de má qualidade.

Padrão eliminações

- ✓ Referências a distúrbios gastrointestinais incluindo dor, diarreia, constipação, vômito, micção freqüente ou retenção urinária.

Padrão exercício e atividades

- ✓ Problemas relacionados a acidentes automobilísticos, quedas ou lesões traumáticas.
- ✓ Hiperatividade e letargia.
- ✓ Síncope inexplicada ou tonturas.
- ✓ Marcha trôpega.

Padrão sono e repouso

- ✓ Insônia ou sono excessivo.

Padrão percentual cognitivo.

- ✓ Dificuldade de concentração.
- ✓ Dificuldade para decodificar as sensações recebidas.
- ✓ Preocupação com a dificuldade de pensar claramente.
- ✓ Pensamento grandioso.

Padrão auto-percepção e auto-conceito

- ✓ Falta de contato no olhar.
- ✓ Isolamento.
- ✓ Dificuldade em aceitar reforço positivo.
- ✓ Sentimentos de pouca esperança e pouca valia.
- ✓ Crítica excessiva a si mesmo e aos outros.
- ✓ Ansiedade ao entrar em hospital para tratamento.
- ✓ Pequeno ou nenhum suporte familiar.
- ✓ Ideação ou gestos suicidas.
- ✓ Culpa fontes externas pelo uso da (s) droga (s).
- ✓ Descrição de si mesmo como dependente e controlado pelas substâncias psicoativas.

Padrão papel e relacionamento

- ✓ Referência ao relacionamento com familiares ou entes queridos.
- ✓ Alienação com relação aos outros.
- ✓ Dificuldades na atuação ou freqüentes mudanças no emprego.

Padrão reprodutivo e sexual

- ✓ Dificuldade com intimidade.
- ✓ Uso de substâncias químicas para melhorar o desempenho sexual.
- ✓ Disfunção sexual.
- ✓ Referências a participação em atividades de alto risco juntamente com uso de drogas endovenosas.

Padrão tolerância ao estresse e enfrentamento

- ✓ Negação da ansiedade atual.
- ✓ Sentimento de estar fora de controle.
- ✓ Medo de entrar em hospitais e ter que deixar de usar álcool e outras drogas.
- ✓ Uso de substâncias químicas para sentir-se melhor.

- ✓ Dificuldades para identificar necessidades diárias básicas.
- ✓ Defesas mal adaptadas tais como negação, racionalização e projeção.
- ✓ Hostilidade quando questionada.
- ✓ Baixa tolerância à frustração.

Padrão valores e crenças

- ✓ Sentimento de pouca capacidade para encontrar objetivos de vida.
- ✓ Falta de interesse geral.
- ✓ Culpa e vergonha.
- ✓ Senso diminuído de espiritualidade.

Sintomas físicos

- ✓ paciente pode exibir um ou mais dos seguintes sintomas:
 - Cardiovasculares: face ruborizada, angioma, hipotensão ortostática, arritmias, frio, pele úmida, edema, aumento ou diminuição da frequência cardíaca, insuficiência cardíaca congestiva, desidratação e alteração no balanço eletrolítico.
- ✓ Respiratório: falha ou depressão respiratória.
- ✓ Gastrointestinal: hepatomegalia, náuseas e vômitos, esplenomegalia.
- ✓ Genitourinário: ginecomastia.
- ✓ Tegumento: marcas de cigarros ou queimaduras nos dedos, muitas cicatrizes ou tatuagens, higiene pessoal pobre, equimoses inexplicadas, abrasão ou cortes.
- ✓ Músculo-esquelético: fraqueza muscular.
- ✓ Neurológico: comportamento agitado, tonturas, falta de coordenação, nistágmo, aumento das glândulas parótidas, crises convulsivas, discurso ininteligível, marcha cambaleante, tremores.
- ✓ Sintomas psicológicos: ansiedade, irritabilidade, distúrbio do sono.

3.1 ALGUNS PONTOS NORTEADORES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

1. Orientar quanto à necessidade de tratamento.
2. Conscientizar quanto aos prejuízos físicos, psicológicos e sociais que são decorrentes do uso de drogas (s).
3. Orientar quanto a necessidade de cuidados físicos adequados, por exemplo, sono, repouso, alimentação e hidratação. Na presença de intoxicação ou de crise de abstinência estar alerta para o nível de consciência, ingestão adequada de líquidos e alimentos, eliminação e prevenção de acidentes.
4. Supervisionar a higiene pessoal.
5. Oferecer apoio frente a sentimentos da ansiedade e raiva causados pela falta da (s) droga (s).
6. Oferecer condições para o paciente aumentar sua auto-estima e desenvolver métodos funcionais de lidar com o estresse.
7. ajudar o paciente a planejar realisticamente seu futuro sem ajuda da (s) droga (s).
8. Orientar familiares.

3.2 - A CONTENÇÃO

Procedimento para a contenção humana

A contenção se faz necessária quando o paciente estiver em crise de agitação psicomotora, angústia, conversão, em que esteja inquieto, humor e afeto voltados para a agressividade, ou em estados alucinatorios, mas com uma abordagem mais humanizada, pode-se realizar a contenção humana.

Essa contenção visa restringir o espaço físico do paciente realizando uma abordagem terapêutica que possibilite intervenções técnicas específicas com base na continência afetiva.

Para tanto é necessário avaliar a situação concreta: espaço físico, equipe, riscos, conveniência da presença de familiares ou acompanhantes, e o

próprio quadro psicológico emergente – confusão mental, impulsividade, alucinações, delírios e comunicabilidade possível.

Após a avaliação inicial deve-se decidir pelo número de profissionais que realizarão a abordagem de contenção humana, com regra geral, duas a três pessoas são suficientes, a necessidade de avaliação não supõe imprevisto, pois esses profissionais devem ter a capacidade necessária, e o posicionamento dentro da equipe pronto para ser destacado.

Uma vez destacados, os profissionais circundam o paciente, bastando apenas um para realizar a abordagem. É preciso produzir um clima de presença profissional, escuta, compreensão e firmeza, na medida em que se procura desarmar a hostilidade e a aflição, buscando obter a cooperação do paciente nas orientações e procedimentos terapêuticos. Porém quando esta abordagem não é suficiente para manter a integridade do paciente, então se faz necessária a contenção física.

Procedimentos para contenção física no leito

Caso a contenção humana não obtenha resultados, o quadro clínico se agrava, e o paciente mostrar-se inabordável com incremento da agressividade / impulsividade, deve-se realizar a contenção física no leito para prevenir riscos e danos, e administrar a terapêutica apropriada.

Da mesma forma que a contenção humana, deve-se avaliar a situação, e de maneira rápida promover a intervenção, e também, contar com profissionais da equipe de saúde mental capacitados e prontos para realizar esse tipo de contenção.

O número de profissionais necessários para realizar adequadamente tal procedimento é de, no mínimo, cinco.

O posicionamento desta equipe frente ao paciente deve configurar um semicírculo que o circunde, proteja e reduza seu espaço de mobilidade. A pessoa ao centro, frontal ao paciente, deve comandar a ação desde a interlocução terapêutica até o momento em que dará voz de comando para a ação de contenção. No momento propício, de forma planejada, o aumento ou a diminuição da entonação da voz produzirá a seqüência de ações necessárias, não é adequado fazer sinais ou ameaçar o paciente em crise com a contenção,

pois a intempestividade ou a hostilidade precipitam a agressão de profissionais e pacientes.

Com os braços livres, a equipe de saúde mental deve estar preparada para a contenção após a voz de comando, ou a partir de uma iniciativa de agressão do paciente. A partir desse momento, ações subseqüentes ou concomitantes serão iniciadas.

Num primeiro instante, através do profissional mais próximo, contém-se cada membro superior, anulando seu movimento a partir da articulação do cotovelo, “abraçando-a” debaixo da axila, e segurando seu pulso com as duas mãos. O posicionamento de cada um da equipe supõe uma postura corporal de equilíbrio, mantendo a base de sustentação aberta, com as pernas afastadas, uma colocada mais a frente que a outra.

Para a contenção dos membros inferiores, o procedimento é parecido, abraçando-o” na axila, e com a mão do membro livre deve-se proceder a imobilização do tornozelo, ao mesmo tempo em que deve pressioná-lo em direção ao chão. Essa manobra faz com que o profissional se agache, até apoiar um dos joelhos no chão, sua outra perna, também dobrada, deve manter o joelho elevado.

Concluídas as etapas, o quinto profissional deve se posicionar atrás do paciente “abraçando” tórax e cabeça, cada qual com uma de suas mãos, de tal maneira que uma delas esteja apoiada sobre o tórax do paciente, e a outra pressionando a fronte do mesmo sobre o peito desse profissional. A partir desse momento deve-se transportá-lo até o leito.

A colocação no leito inicia-se com o profissional que realizou a contenção do tórax e cabeça, seguida pelos demais. Cada profissional deve manter a contenção garantindo-a através das fixações e imobilizações apontadas anteriormente, até que possam ser liberadas após a colocação de faixas de contenção. O único profissional liberado é aquele que procedeu a contenção do tórax e cabeça, enquanto os demais aguardam sua iniciativa de promover a primeira colocação de faixas de contenção, liberando um segundo profissional, que ajudara na colocação da segunda faixa, e assim sucessivamente, sem ordenadamente prioritário.

As faixas de contenção precisam obedecer especificações técnicas como largura, material apropriado, espuma, e estarem padronizadas para uso das Emergências Municipais, do resgate ao atendimento multiprofissional:

- contenção dos membros: 04 (quatro) faixas de 1,50 m de comprimento, por 10 cm de largura;
- contenção do tórax: 01 (uma) faixa de 2,0 m de comprimento, por 15, cm de largura;
- material: as faixas devem ser feitas com tecido de algodão de tipo mercerizado, “brim”, tendo cada faixa duas tiras do tecido costuradas, e entre elas uma espuma de 0,5 cm de espessura;
- feitura: as faixas devem ser costuradas nas bordas com linha grossa, e cerzidas no meio, a espuma não deve ser colocada nas pontas, isto é, nas amarras.

4. REGRAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

A observação e a comunicação são ações das mais importantes para ajudar o paciente com comprometimento psíquico ou não. Devemos observar as ações do paciente para fazer uma leitura de seu estado e podermos, através de ações terapêuticas baseadas na relação e na comunicação, trazer alívio e melhora de seu sofrimento.

A comunicação é um processo de troca de informações onde o afetivo se agrega e está embutido: é um processo dinâmico onde se faz necessária a presença de um emissor e um receptor da mensagem.

A comunicação pode ser feita através da mensagem verbal e da não-verbal, que é aquela que realizamos através da nossa expressão corporal: postura corporal, mímica facial, etc.

Nesse sentido, muitas vezes o que expressamos através da fala se contrapõe com o que o corpo ou a mímica do rosto expressa.

O profissional deve observar a comunicação não-verbal que o paciente expressa e valer-se dessa informação de maneira terapêutica. Como exemplo, ao observar o paciente de olhos arregalados, fixos, falando sozinho e num tom de voz baixo, deve se tomar precauções na abordagem, pois, esse paciente pode estar respondendo a vozes, sem ver e saber onde está a pessoa que lhe fala (alucinação auditiva). Deve-se observar as razões que os pacientes têm ao serem abordados durante o atendimento que lhe é prestado.

Ao entrar em contato e/ou dar assistência ao paciente deve-se levar em conta o exposto acima e tentar fazer uma comunicação a mais terapêutica possível, para tanto recomendamos as seguintes atitudes:

1- *Buscar Vínculo com o Paciente*

O vínculo terapêutico é favorecido quando o profissional tem atitudes que propiciam segurança e confiança. Isto deve estar presente desde os primeiros momentos do contato.

O profissional deve dar atenção, ouvir, saber compreender os atos do paciente, orientá-lo sobre seu estado e o que deverá ser feito, deve identificar-se de maneira formal (nome, trabalho, função, por que está ali), o mesmo deve ser feito com familiares e/ou acompanhantes, deve ainda estar receptivo ao paciente, abordá-lo de forma respeitosa, mostrando-se sensibilizado com o seu sofrimento.

Essas questões são de ajuda para a formação do vínculo e o profissional deve ter em mente que o paciente terá facilidade de formar vínculo com um determinado membro da equipe. Importante ressaltar que mesmo as aparentes dificuldades em formar vínculo devem ser observadas para se trabalhar terapêuticamente. Há pacientes para os quais ninguém “presta” ou ninguém é “bom”, esta é sua forma de vincular.

É necessário perceber com quem o paciente fez o vínculo, pois essa pessoa é quem deve abordá-lo sempre que possível, para se conseguir atitudes e abordagens terapêuticas.

Não se deve perder de vista que o vínculo facilmente se quebra se o paciente sentir-se usado, ou que mentiram para ele, e que o ameaçaram ou desafiam, atitudes as mais variadas podem ser tomadas pelo paciente ao sentir que o profissional é confiável.

Alguém que venha fazer uma abordagem inadequada pode comprometer o vínculo formado e com isso dificultar o relacionamento interpessoal com o paciente a partir de então.

2 – Manter canal de comunicação Aberta

Para a manutenção do vínculo é de suma importância que o profissional mantenha-se disponível para verificar e atender às necessidades do paciente de acordo com o possível.

Há situações específicas em que isto não pode ser feito: quando o paciente está sem crítica (capacidade de perceber seus atos e ver sua adequação) ou com a mesma diminuída, desorientado, falando muito, mudando de assunto e querendo atenção do profissional, neste caso, deve-se tentar explicar ao paciente que a comunicação está prejudicada, colocando

limites: fixando assunto, tentando facilitar o retorno ao mesmo, ou fazendo-se ouvir.

3 – Respeitar Pausas Silenciosas

Há pacientes que ao relatarem seus conflitos e problemas podem ter um aumento de seu sofrimento e, por vezes, necessitem de uma paralisação, uma pausa para poderem reequilibrar-se, ordenar o pensamento, aliviar as pressões.

Quando ocorrem essas pausas o profissional deve, por alguns instantes, mantê-las e em seguida estimular o paciente a voltar a falar, caso ele não queira, não se deve insistir e sim respeitá-lo a quando quiser voltar a falar, procurá-lo.

4 – Não Completar Frases para o Paciente

Há pacientes que têm dificuldades para se expressar, com isso não conseguem por vezes completar frases, falar fluentemente, terminar um assunto.

O profissional deve estimulá-lo a concluir o assunto com suas próprias palavras na tentativa de melhorar o curso do pensamento, sem induzi-lo.

5 – Focalizar e Centrar o Assunto no Paciente

Devemos ter em mente que a ajuda vai ser prestada ao paciente e seus familiares, por isso, a atenção deve estar voltada aos mesmos.

Se o paciente e/ou familiar desviar o assunto ou, o que é comum, o paciente quiser fazer o papel de entrevistador, deve-se mostrar que isto não o ajuda e que estamos à disposição para oferecer um tratamento.

6 – Espaço Para o Paciente Perguntar

Deve-se sempre deixar um espaço para que o paciente sinta-se à vontade e possa expressar-se, fazer perguntas, tirar dúvidas, repetir assuntos e pedir orientações.

O respeito ao seu sofrimento e às suas necessidades deve sempre estar em primeiro plano.

7 – O Que Se Deve Evitar Na Abordagem Do Paciente

Quando ocorrem ruídos na comunicação, a mesma pode provocar problemas de relacionamento com o paciente e/ou familiar.

7.1- Mentir, prometer ou seduzir...

Não se deve em nenhuma ocasião, mentir para o paciente e/ou familiar / acompanhante, pois ao descobrirem a verdade sentir-se-ão traídos em sua confiança e o vínculo será perdido.

Na prática, é comum um mesmo paciente ser atendido em mais de uma ocasião, se usada a mentira numa determinada situação esse paciente pode, em outra, recusar-se a colaborar com a equipe.

Como exemplo, uma situação em que o paciente pergunta se vai ser internado e o profissional responde que não, mas em seguida surge a necessidade deste permanecer em observação: ele poderá resistir ao se sentir enganado.

Falando com segurança e levando ao paciente uma mensagem tranquilizadora, fica mais fácil a possibilidade de cooperação por parte do mesmo.

Há situações em que o paciente está confuso, desorientado e que por mais que tentemos abordá-lo, o mesmo não responde de maneira adequada: nestes casos deve-se colocar o que ira ser feito, repetindo-lhe

tantas vezes quanto necessário, sem comprometimento da ação: expõe-se ao paciente / familiar o que está acontecendo e o que vai ser feito para ajudá-los.

Deve-se procurar atender o paciente somente naquilo que for possível, evitando promessas com o intuito de conseguir algo em troca.

Do mesmo modo que o paciente pode usar da situação, os membros da equipe devem estar atentos para não incorrer nessa postura.

Por exemplo: quando, ao atender o paciente, o profissional passa a elogiá-lo, prometendo-lhe coisas, associar-se a ele contra a família e, quando consegue seu objetivo meda sua postura, o paciente percebe a falsidade dessa situação, o seu vínculo profissional fica estremecido, com o risco de ocorrer mudanças em seu comportamento que piorem seu estado, assim como comprometer a relação com a equipe que lhe assiste.

7.2 – Chamar por nomes jocosos

Deve-se chamar o paciente pelo seu nome e não colocar-lhe apelidos ou, mesmo que de forma carinhosa e respeitosa, chamar o paciente de “irmão”, “avô”, “mano”, etc. Não se deve fazer comentários negativos sobre o paciente entre a equipe, com os familiares, acompanhantes.

7.3 – Ser agressivo ou ríspido com o paciente

Em nenhum momento deve-se usar da agressão verbal ou física com o paciente, mas ser firme. Nos casos de pacientes agressivos usar de ação física somente como forma de proteção e contenção e, de maneira alguma, para agredir o mesmo.

7.4 – Ameaçar o paciente

Para obter-se a cooperação do paciente não se pode, em situação alguma, ameaçá-lo com pressões, físicas ou de tratamento.

Mesmo em situações em que é necessário conter e medicar o paciente contra sua vontade, isto deve ser feito não como ameaça, mas sim como tratamento necessário.

7.5 – Desafiar o paciente

Em algumas situações há pacientes que ameaçam o profissional, deve-se lidar com a ameaça e com a necessidade que estes têm de ameaçar.

Nunca desafiar o paciente a cumprir suas ameaças, pois pode ocorrer de ele realmente cumpri-las, ou não cumprindo sentir-se enfraquecido. Em qualquer das opções acima haverá uma situação complicada, estressante e grave para atuar.

7.6 – Julgar, dar opiniões pessoais, aconselhar

Mesmo que o paciente / familiar peça, não se deve emitir opinião pessoal ou guiar seus atos, direcioná-los de maneira enganosa para o que queremos que ele faça, nem dar-lhes conselhos fora do contexto do tratamento.

Numa tentativa de suicídio é inadequado que a equipe julgue o paciente de acordo com seus valores e dê opiniões como “matar-se é pecado, isso não foi nada, foi só para chamar atenção”, ou com alcoolistas: “é bêbado, sem vergonha, tem mais é que deixar morrer”.

7.7 – Contar a verdade de maneira brusca

Não se deve enganar o paciente, mas na situação em que se tem uma informação importante para o mesmo, e se avaliar que ela pode piorar o seu estado, então não se deve contá-la sem prepará-lo.

Há situações difíceis em que se deve avaliar a condição psicológica de momento para dar-lhe informações dolorosas como falecimento de um parente, resultado positivo de um exame HIV, etc.

Tendo em mente uma dessas regras de comunicação terapêutica, aliada ao bom senso de cada profissional, tem-se uma grande chance de atender de maneira adequada ao paciente / familiar, na busca de ajudá-los a diminuir seus sofrimentos.

5. CONCLUSÃO

A implantação de enfermarias psiquiátricas no interior de hospitais gerais é parte de um conjunto de mudanças propostas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, que desmontava a questão da saúde mental dentro do paradigma organicista para repensá-la como uma possibilidade de reinvenção do cotidiano, enfatizando-se experiências localizadas.

Assim, o "objeto" de trabalho deixa de ser a doença para ser a existência-sofrimento dos pacientes" e a sua relação com o corpo social. Neste sentido, para poder acompanhar uma proposta tão diferente da anterior, o enfermeiro, bem como o corpo de enfermagem, vem buscando alternativas que possam dar conta da diversidade deste cotidiano.

Na clínica psiquiátrica e mais especificamente no atendimento a dependentes químicos, o fator "tempo", para destacar apenas um dos muitos fatores que diferenciam o atendimento psiquiátrico das demais clínicas de um hospital geral, representa um diferencial qualitativo importante. Se o atendimento busca o respeito aos aspectos individuais do paciente, decorre disso, o respeito pela maneira como ele vai lidar com o sofrimento gerado pela abstinência e as perdas acumuladas nesta trajetória.

Como já foi dito anteriormente, é relativamente comum que estes pacientes tragam questões importantes em relação ao lidar com a vida sem a droga. Neste sentido, muitos levam algum tempo, senão todo o tempo de internação, num discurso que retrata o prazer do uso, o desenvolvimento das habilidades sob a influência da droga; o pouco ou, muitas vezes, nenhum, suporte familiar; a idéia de impotência frente às substâncias psicoativas, entre outros tantos.

A internação, na proposta desta equipe, no contexto desta clínica, respeita o tempo de cada indivíduo e seus recursos internos e externos para lidar com este sofrimento. Muitas vezes a possibilidade de adentrar no terreno destas reflexões aparece durante os jogos, oficinas ou mesmo no momento em que, enfermeira ou auxiliares de enfermagem, se sentam ao lado do paciente para assistir TV ou ouvir música. Eles se constituem em momentos ímpares

quando recebidos de forma acolhedora. Trazem elementos importantes para serem trabalhados pela equipe que acompanha o paciente.

Por ser o profissional que mais tempo permanece com os pacientes, ao longo do desenvolvimento dos trabalhos na enfermaria, temos procurado fazer com que os auxiliares de enfermagem desenvolvam atividades que os aproximem do paciente de forma mais humanizada e menos burocrática. Às sextas feiras um auxiliar de enfermagem coordena a oficina de culinária, onde os pacientes preparam pães e bolos que são degustados por eles e pela equipe. Neste trabalho, os pacientes vão até o setor de alimentação buscar os ingredientes, levar os pães e bolos para assar e depois voltam para buscá-los quando prontos. Este processo possibilita um maior contato dos pacientes com outros setores do hospital, desmistificando alguns estereótipos sobre pacientes psiquiátricos, ainda comuns neste ambiente.

Durante a permanência dos pacientes no ambiente da enfermaria, os auxiliares costumam participar de jogos de cartas, dominós entre outros, e assistir a vídeos. Muitas vezes, estas atividades se constituem em instrumentos de contenção humana, chegando a evitar a contenção física dos pacientes que se agitam de maneira a se colocar ou colocar os demais pacientes em situação de risco.

Em virtude da proposta de um trabalho mais humanizado, os auxiliares de enfermagem também são alvos de situações de difícil manejo. Por morarem na região atendida pelo hospital, muitas vezes foram internados pacientes que fazem ou fizeram parte de suas relações sociais (colegas de infância, vizinhos etc.) e alguns deles com comprometimento com a justiça, o que acabava gerando certo desconforto na relação terapêutica. Em muitas situações, são eles que precisam dar um limite ao paciente quando este foge às regras da internação, seja numa atitude direta, seja na difícil tarefa de comunicar a equipe sobre a transgressão do mesmo. Por vezes, são ameaçados a fim de que não cumpram seu papel.

Para possibilitar a discussão destas e outras questões relevantes para o desenvolvimento do trabalho e bem estar destes profissionais, pensou-se numa reunião com a coordenadora da enfermaria e o corpo de enfermagem. Esta reunião ainda não acontece de forma sistemática pela dificuldades de se reunir todos os profissionais num dado horário, uma vez que, por trabalharem

em sistema de plantão, muitos deles trabalham em outras unidades ou estudam.

Como foi apresentado inicialmente, o trabalho da equipe se desenvolve de forma multidisciplinar onde a enfermeira encarregada participa das discussões de casos. Com isso, busca socializar as informações e procedimentos ali discutidos. Esta proposta de trabalho possibilita o entendimento da questão levantada pela produção científica da enfermagem. Quando socializamos as decisões, o fazemos também com as responsabilidades. Este é um grande desafio. Na medida em que nos responsabilizamos verdadeiramente pelo tratamento do paciente, já não é possível nos conformarmos com resultados aquém das nossas expectativas. Este é o motor que nos impulsiona a buscar soluções, rever a dinâmica da equipe, procurar separar as dificuldades pessoais das dificuldades do grupo, seja do grupo de pacientes ou de profissionais. Mas nem todo este exercício é capaz de nos poupar de estarmos, freqüentemente, de frente com a impotência tão renegada no modelo organocêntrico. Mas não pode nos roubar a satisfação de ver os resultados de um trabalho mais humanizado.

O exercício de desenvolver esta monografia proporcionou uma reavaliação do conceito e da expectativa de "cura". Se o envolvimento com substâncias psicoativas, bem como as experiências decorrentes desta, foram gradativos na vida destas pessoas, pensar na sua eliminação pura e simples, como algo instantâneo, é desconsiderar a trajetória vivida e o porvir na vida destas pessoas. Por outro lado, pude estabelecer a relação entre o processo de construção do saber profissional e o processo de recuperação destes pacientes. Ambos, não existem dissecados, recortados do conjunto de acontecimentos que os cerca. Neste conjunto, a internação pode ser apenas um momento, mas trabalhamos para que seja um momento importante na vida de cada um deles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- I. KAPLAN E SADDOCK – (Tratado) de Psiquiatria
Edição Artes Médicos – Porto Alegre 1994.
- II. TAYLON – Enfermagem psiquiátrica
Edição Artes/Médicos – Porto Alegre 1992
- III. NORMAS TÉCNICAS E PADRONIZAÇÃO DE CONDUTAS
EMERGENCIAS PSIQUIATRICAS
PMSP – SMS – Programa de Saúde Mental - 1992
- IV. OLIVEIRA, Alice G. Bottaro de e ALESSI, Neiry Primo. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, maio/jun.2003, vol. 11, nº.3, p.333-340.* ISSN 0104-1169.
- V. MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A Fundação Rockfeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. *Hist. cienc. saude, nov.1998/fev. 1999, vol.5, nº3, p.621-645.* ISSN 0104-5970.
- VI. BERTONCELLO, Neide Marina Feijó e FRANCO, Flávia Cristina Pertinhes. Estudo Bibliográfico de Publicações sobre a atividade administrativa da enfermagem em saúde mental. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, set/2001, vol. 9, nº.5,* ISSN 0104-1169.
- VII. SILVEIRA, Lia Carneiro. Assistência de Enfermagem em serviços alternativos de saúde mental: Resgate da Visão do Usuário - Projeto de Mestrado apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - 1999.
- VIII. OLIEVENSTEIN, Claude e colaboradores - A clínica do Toxicômano: a falta da falta - Ed. Artes Médicas Sul Ltda - Porto Alegre/RS - 1987.

ANEXOS

Termo de Compromisso

PACIENTE

Eu, _____;

(Nome do paciente)

proponho-

me a realizar o tratamento em regime de internação nesta enfermaria psiquiátrica e declaro-me ciente de suas normas, assim como dos meus direitos durante o período em que ficar internado.

Normas gerais da enfermaria:

- ✓ Todos os pertences pessoais dos pacientes serão verificados, relacionados e conferidos na entrada e na saída.
- ✓ Não é permitida a troca ou doação de pertences entre os pacientes
- ✓ O acesso ao posto de enfermagem está restrito à equipe técnica.
- ✓ Só é permitido fumar na área externa da enfermaria
- ✓ As refeições serão feitas na sala de convivência.
- ✓ O contato telefônico e pessoal com familiares e afins durante a internação, serão programados pela equipe técnica.
- ✓ Faz parte do tratamento, participar das atividades propostas na enfermaria.
- ✓ Todos os alimentos trazidos pelos familiares para os pacientes serão coletivizados na enfermaria.

São direitos do paciente:

- ✓ Ser bem atendido;
- ✓ Solicitar ajuda de algum profissional da equipe quando sentir necessário;
- ✓ Realizar qualquer reclamação junto à coordenação da enfermaria quando não estiver de acordo com alguma situação.

Normas que determinam a exclusão imediata da enfermaria:

- ✓ Envolvimento íntimo entre colegas de internação.
- ✓ Qualquer tipo de agressão entre colegas de internação ou aos profissionais da equipe.
- ✓ Furtar ou destruir objetos da enfermaria, dos colegas ou da equipe.

Declaro estar ciente do funcionamento e das condições estabelecidas para permanecer ligado ao tratamento nesta enfermaria.

Diadema, __/ __/ ____.

Assinatura do paciente

Termo de Compromisso

RESPONSÁVEL

Eu, _____,

Nome do responsável

_____ do paciente _____,

Grau de parentesco

Nome do paciente

coloco-me na condição de responsável pelo mesmo e comprometo-me a prestar auxílio no tratamento, o que inclui participar das reuniões com a equipe, fornecer roupas e objetos pessoais e buscar o paciente por ocasião de sua alta médica ou comparecer imediatamente em situação de alta a pedido.

Forneço meu telefone(s) _____, _____, e endereço _____ para os necessários contatos com a equipe.

Afirmo que estou ciente e concordo com as normas de funcionamento da enfermaria e deste hospital durante o tratamento do paciente por quem me responsabilizo.

Diadema, __/ __/ ____.

Assinatura do responsável