

ELIANI COSTA

**PROBLEMATIZANDO PARA HUMANIZAR: UMA
PROPOSTA DE TRANSFORMAÇÃO DO CUIDADO EM UMA
ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA**

Florianópolis, julho de 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM –PEN

CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM

**PROBLEMATIZANDO PARA HUMANIZAR: UMA PROPOSTA
DE TRANSFORMAÇÃO DO CUIDADO EM UMA ENFERMARIA
PSIQUIÁTRICA**

ELIANI COSTA

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do Título de
Mestre em Assistência em enfermagem.**

ORIENTADORA: Dr^a. MIRIAM SÜSSKIND BORENSTEIN

CO-ORIENTADORA: MSC. KENYA SCHMIDT REIBNITZ

Florianópolis, julho de 2002.

**PROBLEMATIZANDO PARA HUMANIZAR: UMA PROPOSTA
DE TRANSFORMAÇÃO DO CUIDADO EM UMA ENFERMARIA
PSIQUIÁTRICA.**

Eliani Costa

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 29 de julho de 2002, atendendo às normas de legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Prof. Dr^a. Denise E. Pires de Pires

Coordenadora do programa

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Miriam Süsskind Borenstein
(Presidente/Orientadora)

Msc. Kenya Schmidt Reibnitz
(Co-Orientadora)

Dr^a. Denise Guerreiro Vieira da Silva
(Membro)

Dr. Jonas Salomão Spricigo
(Membro)

Dda. Maristela Stamm
(Membro extra informação)

**Dr^a. Maria Itayra Coelho de Souza
Padilha**
(Membro Suplente)

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais, João Batista e Nair Francisca da Costa, pelo exemplo de vida, apoio incondicional e incentivo permanente. Amo vocês.

À minha filha, Emiliane Costa, meu melhor projeto, obrigada pela tua vida. Que este trabalho sirva de incentivo à tua futura vida acadêmica. Te adoro!

Ao meu marido, José Francisco Bernardes, companheiro, cúmplice, incentivador, amante e amigo, que estando ao meu lado não mediu esforços, compartilhando e me apoiando em todos os momentos. Te amo!

Aos meus familiares, em especial Fernando Vieira, meu sobrinho, pelo empenho em auxiliar-me nesta caminhada.

Á Mirian Süsskind Borenstein, minha orientadora, incentivadora e amiga que acreditou em meu potencial, guiando-me em meus primeiros passos na assistência psiquiátrica, e anos mais tarde, na construção deste trabalho, com mãos carinhosas e conhecimentos consistentes.

Á Kenya Schmidt Reibnitz, minha co-orientadora, exemplo de força, que mesmo enfrentando um desafio da vida, precisando de cuidado, me cuidou, fortalecendo-me com seu jeito singular de ensinar.

Aos Funcionários e Professoras da Pen-UFSC, em especial à Itayra Coelho de Souza Padilha, pela alegria, competência, abertura e disposição que demonstraram durante nosso convívio.

Á Denise Guerreiro Vieira da Silva, Jonas Salomão Spricigo e Maristela Stamm, componentes da Banca examinadora, que se dispuseram a contribuir e orientar possibilitando a concretização deste estudo.

Às colegas e amigas do Curso de Mestrado, em especial à Rosani R. Machado e Magda Koerich, pela cumplicidade estabelecida, proteção e parceria certa na realização de todos os trabalhos, auxiliando meu crescimento pessoal e profissional.

Aos funcionários da unidade onde trabalho, pelo coleguismo, compreensão e ajuda, participação em meu estudo e principalmente pelo retorno do trabalho realizado, refletido em seus esforços na busca da humanização da assistência.

Aos clientes de minha unidade, que com seu “viver”, foram os verdadeiros propulsores e motivadores deste estudo e me possibilitaram “o fazer e o ser mais”.

*À Gerência de Enfermagem do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, **Enfª. Adriana Remor**, pela compreensão, apoio e liberação em todos os momentos que precisei.*

Aos demais enfermeiros do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, que de forma direta ou indireta, apoiaram a realização deste trabalho.

*Ao Diretor do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, **Dr. Marcos Zaleski**, que quando todas as portas pareciam se fechar ao iniciar o mestrado, abriu os caminhos e favoreceu minha liberação em todos os momentos.*

E finalmente, agradeço a Deus, por tudo e por todos!

COSTA, Eliani. **PROBLEMATIZANDO PARA HUMANIZAR: UMA PROPOSTA DE TRANSFORMAÇÃO DO CUIDADO EM UMA ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA.** Florianópolis, 2002, 200p.. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) Pós-Graduação em Enfermagem/Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

Trata-se de um estudo analítico descritivo de uma prática assistencial com uma abordagem sócio humanística, cujo objetivo foi desenvolver com a equipe de enfermagem, um processo educativo-reflexivo acerca do cuidado prestado, na perspectiva de alcançar a humanização da assistência psiquiátrica, explorando a condição de trabalho e a educação, a partir do referencial teórico metodológico da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire. O trabalho foi desenvolvido em oficinas com os trabalhadores de enfermagem de uma enfermaria de um macro hospital psiquiátrico do sul do país, no período de outubro a dezembro de 2001. A coleta de dados se deu a partir da realização de seis oficinas, na qual foram abordados os temas eleitos pelos participantes, que culminaram na formulação de hipóteses, como contribuição para a humanização do cuidado. O momento das oficinas propiciou uma reflexão do grupo, para que socializasse suas idéias, suas experiências e provocasse modificações na maneira de pensar e de agir do grupo, sendo que as reflexões deram-se a partir das situações vividas no cotidiano da assistência e no desenvolver das reuniões, com a abordagem dos temas geradores. Para a análise dos dados encontrados neste estudo, foi utilizado o referencial educativo e humanístico freiriano, focalizando a educação como possibilidade para a humanização. O trabalho permitiu focalizar o cuidado numa perspectiva histórica, compreendê-lo a partir das crenças e valores de cada participante, buscando transformá-lo partindo da compreensão dos mesmos. Foram evidenciados nos resultados, o poder institucional, as crenças e valores coletivos e pessoais, o saber construído na prática e o saber científico, como fatores determinantes no processo de cuidado, e, a educação, amor e solidariedade, como pré-requisito fundamental do cuidado humanizado. Neste sentido, o estudo visa contribuir para a transformação da assistência de enfermagem psiquiátrica, ampliando seu saber através de práticas criativas e amorosas para alcançar a humanização.

Palavras-chave: cuidado, trabalhadores de enfermagem, psiquiatria, humanização.

COSTA, Eliani. EXAMINING PRACTICES TO ATTEMPT HUMANIZATION: A PROPOSAL FOR TRANSFORMING CARE IN A PSYCHIATRIC INFIRMARY.

Florianópolis, 2002, 200p. Thesis (Masters in Nursing Assistance) Post-Graduation in Nursing Program. Federal University of Santa Catarina.

ABSTRACT

This is a descriptive analytical study of a patient care practice with a social humanistic approach, and its objective was to develop, along with a nursing team, an educational-reflective process about provided care. Its perspective was to reach the humanization of psychiatric care, exploring work conditions and education, based on the theoretical methodological framework of Paulo Freire's Liberating Pedagogy. The study was developed in workshops with nursing professionals of an infirmary at a macro psychiatric hospital in the south of the country, from October to December 2001. The data were collected in six workshops, in which participants chose the themes to be discussed, culminating in the formulation of hypotheses, as a contribution to the humanization of care. The workshops allowed for reflections within the group, so that it could socialize its ideas and experiences, and affect changes in the group's way of thinking and acting. These reflections were based on everyday patient care situations, as well as those that developed during the encounters, and the sources of their themes were examined. Freire's educational and humanistic framework was used to analyze the data found in this study, situating education as a possibility for humanization. The study allowed for a historical perspective on care, to comprehend it through the beliefs and values of each participant, and trying to change it through their comprehension. The results made it clear that institutional power, collective and individual beliefs and values, practice-based knowledge and scientific knowledge are determining factors in the care process, and that education, love and solidarity are fundamental pre-requisites for humanized care. In this sense, the study attempts to contribute to the transformation of psychiatric nursing care, broadening its knowledge through creative and loving practices to achieve humanization.

Key - words: care, nursing professionals, psychiatry, humanization.

COSTA, Eliani. **PROBLEMATIZANDO PARA HUMANIZAR: UNA PROPUESTA DE TRANSFORMACIÓN DEL CUIDADO EN UNA ENFERMERÍA DE PSIQUIÁTRIA.** Florianópolis, 2002, 200p. Tesis (Amos Alimentando asistencia) la Poste-graduación Alimentando Programa. Universidad Federal de Santa Catarina.

RESÚMEN

Se trata de un estudio analítico descriptivo de una práctica asistencial con un abordaje socio-humanístico, cuyo objetivo fue desarrollar con el equipo de la Enfermería, un proceso educativo-reflexivo con relación al cuidado prestado, con el propósito de alcanzar una humanización en la asistencia psiquiátrica, explorando las condiciones del trabajo y la educación, a partir del referencial teórico metodológico de la Pedagogía Libertadora de Paulo Freire. El estudio se desarrolló en encuentros con los trabajadores de Enfermería a un macro el hospital psiquiátrico en el sur del país, en el período de octubre a diciembre del 2001. La recolección de los datos fue a partir de la realización de seis encuentros en la cual fueron abordados los temas por los participantes, que culminaron en la formulación de hipótesis, como contribución para la humanización del cuidado. El momento de los encuentros propició una reflexión del grupo, para que sociabilizasen sus ideas y experiencias, y provocasen modificaciones en la manera de pensar y actuar del grupo, siendo que estas reflexiones se dieron a partir de las situaciones vividas en el día a día de la asistencia y en el desarrollo de las reuniones, con el abordaje de los temas generadores. Para el análisis de los datos citados en este estudio, fue utilizado el referencial educativo y humanístico “Freiriano”, enfocando la educación como una posibilidad para el humanización. El trabajo permitió enfocar el cuidado en una perspectiva histórica, comprendido a partir de las creencias y valores de cada participante, en los resultados, el poder institucional, las creencias e valores colectivos e personales, el saber construido en la práctica y el saber científico, como factores determinantes en el proceso del cuidado, y, la educación, el amor y la solidaridad, como pre-requisitos fundamentales para el cuidado humanizado. En este sentido, con una visión a contribuir para la transformación de la asistencia de Enfermería psiquiátrica, ampliando su saber a través de prácticas creativas y amorosas para alcanzar la humanización.

Palabras claves: cuidado, trabajadores de Enfermería, psiquiatría y humanización.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	A TEMÁTICA: CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA	19
2.1	Primeira etapa do processo: humanizando o ambiente.....	25
2.2	Segunda etapa do processo: os preparativos para a humanização do cuidado.....	31
3	OBJETIVOS	33
3.1	Objetivo geral.....	33
3.2	Objetivos específicos.....	33
4	REVISÃO DE LITERATURA	34
4.1	A psiquiatria no mundo no Brasil e em Santa Catarina: história de maus tratos e exclusão.....	34
4.2	A Reforma Psiquiátrica no Mundo e no Brasil: re-aprendendo a condição humana.....	45
4.3	Enfermagem Psiquiátrica: desafios do cuidado.....	53
4.4	O cuidado: um novo paradigma para a Saúde Mental.....	57
5	O REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	64
5.1	A Pedagogia Libertadora de Paulo Freire e a Metodologia Problematizadora.....	65
5.2	Os pressupostos: minha visão de mundo.....	71
5.3	Conceitos principais.....	72
6	O CAMINHO METODOLÓGICO: UMA PRÁTICA EDUCATIVA	77
6.1	Tipo de estudo.....	77
6.2	Contexto de estudo.....	78
6.3	Sujeitos do estudo	79

6.4	Implementação das etapas da metodologia proposta.....	81
6.5	Sistematização e análise das informações.....	83
6.6	Focalizando os princípios éticos.....	84
7	NARRANDO E AVALIANDO A VIVÊNCIA	86
7.1	Primeira oficina: re-avaliando o início para subsidiar o caminho.....	87
7.2	Segunda oficina: subsidiando o caminho para as novas mudanças.....	100
7.3	Terceira Oficina: conhecendo o passado, compreendendo o presente e transformar para o futuro.....	111
7.4	Quarta oficina: buscando caminhos para praticar a humanização.....	118
7.5	Quinta oficina: procurando conhecer e compreender o sujeito de nosso cuidado.....	125
7.6	Sexta oficina: a valorização do ser humano no processo educativo como possibilidade de transformação.....	129
8	REFLEXÃO SOBRE AS POSSIBILIDADES DE TRANSFORMAÇÃO DA REALIDADE	137
9	BIBLIOGRAFIA	148
10	ANEXOS	158

1 INTRODUÇÃO

Minha trajetória junto a instituição: idas e vindas, experiências inesquecíveis.

Há vinte e um anos iniciei minhas atividades como enfermeira num Hospital Psiquiátrico do sul do Brasil, seis meses após concluir o curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina.

Recém formada e procurando uma oportunidade para começar a desenvolver minhas funções, ofereceram-me uma vaga para trabalhar neste Hospital, local que em nenhum momento, naquela época, havia pensado em trabalhar.

Meu estágio de Enfermagem Psiquiátrica fora realizado em um hospital da rede privada. Na época, tínhamos encontros diários com os pacientes durante uma semana, oportunidade em que conversávamos com os mesmos e fazíamos o relato desses diálogos. No final do estágio, verbalizei para meu professor: “jamais trabalharei em psiquiatria!”. Parece que esta frase não teve eco e por obra do destino, trabalhar naquele Hospital Psiquiátrico foi a primeira e única oportunidade que surgiu na época. Não esqueço as palavras do antigo administrador do Hospital: “É pegar ou largar”, e eu aceitei a oferta do emprego.

No meu primeiro dia de trabalho, fui apresentada à chefia do Serviço de Enfermagem e tive oportunidade de conhecer toda a área física do hospital, colegas e alguns funcionários de diversos setores, bem como, as rotinas administrativas e de enfermagem. E assim, começou minha incursão à rotina daquela instituição, que eu não sabia, mas faria parte de minha vida durante um longo tempo, transformando no dia a dia, minha visão de mundo e particularmente, frustrando de certa forma, minha noção de cuidado. Sempre me imaginei trabalhando em uma

unidade convencional, toda branca e organizada, e eu, de uniforme, igualmente branco. Logo percebi, que todos os processos de enfermagem sistematizados, ensinados nas disciplinas acadêmicas, não poderiam ser aplicados ali, e que o banho de leito e muitas das técnicas aprendidas, não teriam o mesmo significado naquele lugar.

Quando fui admitida neste Hospital Psiquiátrico, haviam 1.200 pacientes distribuídos em várias enfermarias, sendo que este tinha capacidade para 1000 leitos. As enfermarias ainda possuíam os beliches e em todas elas, existia o que jamais me ensinaram na faculdade, e eu não sabia que era possível, o chamado “leito - chão”, onde os pacientes dormiam sobre um colchão ou cobertor, no chão. Alguns pacientes permaneciam ainda em celas, isolados do restante dos outros pacientes. Existia uma estrutura chamada de “sombriinha”, uma cobertura com uma coluna central na qual os pacientes passavam o dia rodando. Às vezes dois pacientes dormiam na mesma cama. As condições eram precárias, permeadas de muita miséria, promiscuidade e violência. Esta era a realidade daquele Hospital, e era ali que eu começava a trabalhar.

Eu entrara para o serviço de enfermagem aumentando o quadro de seis enfermeiras¹ para sete. O grupo era coeso, forte, com vontade de mudar aquela situação caótica. Eu não entendia quase nada de psiquiatria e custei mesmo para perceber muitas coisas, mas, sabia que apesar de tudo conseguiria dar conta do serviço. Sem nenhum preparo, comecei a trabalhar. Acho, que neste momento, a intuição e a sensibilidade nos guiam. A maioria das vezes, eu simplesmente observava e procurava repetir o trabalho realizado pelas outras enfermeiras, e assim, aprendia com elas. As mudanças começavam a acontecer, e podiam ser visualizadas, na forma como os pacientes passaram a ser tratados, na eliminação de práticas agressivas chamadas de tratamento, como a eletroconvulsoterapia (ECT), as celas, os grandes aglomerados de pacientes e na repreensão de pessoas que praticavam crueldades com os mesmos, como castigos e formas inadequadas de manejo com os pacientes.

Até então, o Hospital havia polarizado toda a problemática de assistência mental do Estado, e com isso havia concentrado sobre si encargos e atribuições múltiplas que extrapolaram sua mera função hospitalar, ou seja, em diagnosticar, tratar, reabilitar e encaminhar o indivíduo ao retorno sócio familiar. Como consequência, passou a assumir uma assistência custodial² que se tornou predominante em relação aos outros tipos de recursos terapêuticos. Na prática, e seguindo a lógica da política assistencial da época, esta confusão de funções e a precária

¹ Por uma questão de predominância de gênero, a referência será feita sempre no feminino.

² Assistência custodial é caracterizada pela internação em regime de detenção, moradia, com o objetivo de proteção do indivíduo e/ou da sociedade (FERREIRA, 1999).

assistência oferecida, característica da realidade da assistencial manicomial, culminou com a superlotação e no agrupamento desordenado de pacientes com diagnósticos variados e com necessidades distintas.

No final da década de 70, instaurava-se no Brasil, um movimento de crítica às políticas oficiais de saúde no campo psiquiátrico, que consistia no processo de modernização das práticas psiquiátricas e criação de novas alternativas de tratamento para o doente mental. Este foi denominado de “Reforma Psiquiátrica Brasileira” (BEZERRA JUNIOR, 1994).

Havia, portanto, uma necessidade premente de alternativas ao modelo manicomial, criando serviços extra-hospitalares, com o propósito de atender a uma demanda da comunidade, enquanto o Hospital na sua estrutura física, administrativa e técnica, deveria sofrer mudanças de peso para adequação ao novo paradigma.

Modificações começaram a acontecer no Hospital e uma das alternativas encontradas foi um trabalho de retorno dos pacientes ao convívio familiar, com a realização de inúmeras viagens de ônibus fretados, com uma média de 45 pacientes, para o Oeste do Estado, de onde a maioria era procedente. Participei de inúmeras dessas viagens que tinham como objetivo, além do retorno dos pacientes os seus lares, orientar os familiares e buscar apoio junto ao município, em termos de atendimento médico e medicamentoso, para a permanência dos pacientes em suas casas.

Em todo o Estado este Hospital era (e ainda é) a única instituição pública de referência em psiquiatria, e a rede municipal de saúde funcionava apenas como distribuidora de medicamentos, quando estes existiam.

Os pacientes moravam nas zonas rurais, afastados das prefeituras, que não mantinham nenhuma forma de supervisão sobre os mesmos. Quando apresentavam quadros psicóticos, com delírios e alucinações, e “incomodavam” na comunidade, as prefeituras faziam seu trabalho, que consistia apenas em conduzi-los de ambulância ou em carros policiais, de forma precária, muitas vezes amarrados, de volta ao Hospital.

Não raro foram às vezes, que ao abrir a ambulância na chegada ao hospital, o paciente havia morrido, e, bastante comum também, era embriagar o paciente para que não incomodasse até sua chegada ao destino, de onde provavelmente, jamais sairia. Muitas vezes, quando retornávamos da viagem, o paciente que havíamos deixado em casa, já havia retornado para o Hospital. Este não encontrara, na família e na comunidade, nenhum amparo que permitisse sua permanência. Voltaria, provavelmente, numa próxima viagem para mais uma tentativa, porém a grande maioria permaneceria no Hospital até hoje.

Juntamente com estas medidas, o grupo de técnicos (médicos, enfermeiras, assistentes sociais e outros profissionais), viu a possibilidade de criar, a exemplo de Porto Alegre (RS), um projeto de reabilitação do doente mental através de trabalhos agrícolas. A idéia surgiu a partir de uma visita realizada em 1984, ao Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) em Porto Alegre (RS).

O Hospital São Pedro era também um macro hospital psiquiátrico estatal, com características e problemática semelhantes ao nosso Hospital e havia criado um Centro Agrícola de Reabilitação para os pacientes crônicos daquela instituição, em um antigo hospital para hansenianos, a Colônia Itapuã, localizado a 60 Km da capital, no município de Viamão (RS). Do relato desta visita, realizada por um grupo de técnicos, surgiu a idéia da criação de um Centro de Reabilitação Agrícola (CRA), aproveitando o espaço físico ocioso e abandonado do Hospital Colônia construída para os hansenianos e distante somente a 7 Km do Hospital Psiquiátrico. O referido projeto deu origem a uma outra unidade, com propostas diferentes, respeitando a subjetividade dos pacientes.³

Nesta unidade, participei desde o seu planejamento, implementação e fui umas das responsáveis pela constituição da equipe de trabalho onde permaneci por 14 anos. Durante este período, afastei-me do Hospital de origem e trabalhei muito tempo com uma equipe constituída por um médico e doze atendentes de enfermagem, e fomos aprendendo uns com os outros, com o cotidiano e fazendo do “nosso jeito”, que se contrapunha ao cuidado verticalizado e formal, característica dos macros hospitais psiquiátricos estatais.

Neste novo espaço terapêutico, comecei a questionar aquela assistência massificada e sem subjetividade que era prestada no Hospital e o modelo assistencial onde o poder de dominação podia ser livremente praticado.

Apreendi muito com as pessoas com quem trabalhava, funcionários, médicos e com os próprios pacientes, e aos poucos passamos a ousar terapeuticamente rumo a conquista da cidadania. Aquela Unidade concretizou-se em uma experiência rica com pessoas antes marginalizadas, estigmatizadas e sem perspectivas de vida.

Aquele trabalho cumpriu um papel fundamental na minha vida profissional e na história do Hospital: essa unidade foi a primeira experiência realizada, retirando os pacientes de dentro da instituição manicomial, e oferecendo a esses, uma nova proposta de tratamento em que o paciente passou a recuperar suas perdas, tanto materiais como afetivas, e principalmente em

³ COSTA, Eliani; BORESTEIN, Miriam Süskind. O Projeto Ana Teresa: O Caminho para a Desinstitucionalização do Doente Mental? In: **Revista Brasileira de Enfermagem** V. 52, n. 1, p. 79-90, jan. /mar., 1998.

relação à sua cidadania. As ações extrapolavam as atividades de cuidado intra-hospitalar, como por exemplo, o resgate de benefícios previdenciários, trabalhos externos regulamentados, e outras que contribuíram para a melhoria da qualidade de vida.

Este trabalho continua ainda hoje, funcionando como um misto de unidade de gestão participativa e pensão protegida⁴, mas a intenção de recoloca-los definitivamente fora do espaço hospitalar que idealizávamos, no entanto foi frustrada, pois vários foram os problemas encontrados.

Tendo exercido minhas atividades por quatorze anos nesta Unidade que funcionava fora dos muros manicomial, tive a oportunidade de atuar em ações desinstitucionalizadoras, que contribuíram para a desconstrução da assistência psiquiátrica vertical e para a humanização da mesma. Esta experiência promoveu uma nova perspectiva na minha forma de lidar com a profissão de enfermagem e com o cuidado ao portador de transtorno psíquico. A busca de novas alternativas e formas de interação com o paciente psiquiátrico, com os trabalhadores de enfermagem, e com os familiares e amigos, por meio da criação de uma Associação, exigiam um pensar criativo, um conhecimento que superasse a sistematização de um saber positivista e o impulso de tornar inteligível o comportamento humano, a fim de satisfazer meu anseio de saber.

Mas enquanto procurava aperfeiçoar esta prática tentando fazer alianças externas à instituição, encontrava grande resistência com a estrutura organizacional. A força das autorizações de internação hospitalar (AIH), as baixas perspectivas de retorno sócio-familiar e a falta de vontade política somadas com outros problemas administrativos e estruturais, culminaram com minha saída daquela Unidade, fazendo com que o processo de desospitalização que pretendia, não passasse de um projeto⁵.

Num processo sofrido de mudança retornei para o Hospital de origem, agora se reestruturando por força dos movimentos antimanicomial⁶, estando dividido em unidades de pacientes de longa permanência, fazendo parte de um complexo chamado de Centro de Convivência (C.C.), e unidades de pacientes de curta permanência, que fazem parte do Hospital propriamente dito, inclusive com a mudança de nome, passando a designar-se “Instituto Psiquiátrico”.

⁴Unidade de gestão participativa e pensão protegida são lares para abrigar pacientes psiquiátricos que se encontram sem vínculo sócio familiares e cronificados em hospitais psiquiátricos (BUCHELE, 1996 p. 143).

⁵ Projeto: A desospitalização como foco central na assistência de enfermagem à pacientes moradores do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (COSTA, E. 2000. Trabalho não publicado).

⁶ Movimento de trabalhadores em saúde mental, estimulado pela Reforma Psiquiátrica Italiana, no início da década de 80, que se constituíam em críticas ao modelo psiquiátrico tradicional (AMARANTE, 1995).

O C.C. conserva a mesma planta física da antiga construção do Hospital Colônia, com evidente deterioração estrutural causada pelo tempo e descaso. O objetivo do serviço de enfermagem no C.C. é transformar cada enfermaria em um ambiente mais próximo do que possa parecer um “lar”, porém esta transformação se processa vagarosamente, fazendo com que alguns locais permaneçam com o aspecto residual das instituições manicomiais.

Atualmente trabalho em uma destas unidades do C.C. que se caracteriza por ser uma enfermaria que se encontrava em precárias condições, tanto físico-estruturais como assistenciais. Escolhi trabalhar nesta unidade porque sempre enfrentei desafios.

Seguindo minha trajetória profissional que esteve sempre aliada à educação profissional e motivada pela experiência anteriormente vivenciada e agora, também pela necessidade de desenvolver um projeto assistencial junto ao Curso de Mestrado em Enfermagem, acreditei que poderei mais uma vez, contribuir para modificar esta atual realidade e desenvolver uma assistência de enfermagem mais humanizada, conforme o que é apregoado pelo novo paradigma de saúde mental.

2 A TEMÁTICA: CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Educar para reconstruir e humanizar

Assumi a chefia da enfermaria na qual se desenvolveu este estudo, no dia 05 de julho de 2000. Esta possui inúmeros problemas na sua estrutura física, com uma equipe de enfermagem bastante apreensiva e com muitas expectativas em relação à nova supervisora. Esta enfermaria, historicamente, se caracterizou por uma alta rotatividade de enfermeiras, fato que sempre gera desconforto e ansiedade aos pacientes e à equipe de tratamento.

A enfermaria tem aproximadamente oitocentos (800) metros quadrados, possuía muitos espaços sub aproveitados, localizada em uma área fora da estrutura hospitalar, sem grades e sem muros, ocupando parte do terreno de pessoas da comunidade. Apresenta problemas para o acesso, pois o mesmo se faz, internamente, por uma ponte de madeira, extremamente frágil. Duas outras pontes iguais a esta, anteriormente, foram arrastadas pelas enchentes, que são bastante comuns no local. O acesso externo, de aproximadamente 3 km do hospital, se faz por uma estrada de chão batido, que passa atrás deste, onde reside parte de uma comunidade, com pessoas que apresentam problemas sócio-econômicos, que se aglomeraram em favelas, com posse ilícita de terras da instituição. A enfermaria apresenta-se em franco abandono físico, possui assoalho de madeira com buracos, pé direito muito alto e com o forro em precárias condições de conservação.

Sua clientela é constituída por 66 pacientes do sexo masculino, portadores de transtornos psíquicos, crônicos, sem atividades laborativas, desagregados psicologicamente e com comportamento predominante bizarro. Homens que passaram a maior parte de suas vidas internados e sofreram o processo prolongado da institucionalização com a conseqüente perda da subjetividade. Assumiram atitudes e comportamentos anti-sociais e estereotipados. A grande maioria dos pacientes usava a roupa

da instituição, calças de brim de cor parda, verde ou azul, amarradas com cadarços que não seguravam e freqüentemente caíam.

Tive um choque ao observá-los fazendo as refeições e recebendo os cuidados de higiene. Pela manhã, na hora do café, os mesmos ficavam enfileirados no corredor da enfermaria, com canecas ensebadas nas mãos, esperando ansiosos que o café fosse servido. Quando o caminhão chegava com o café, numa grande panela toda amassada, já frio e com uma grossa camada de nata, os pacientes se aglomeravam em torno da panela para pegar o seu café. Pegavam um pedaço de pão, metade de uma bisnaga, e comiam com voracidade. Alguns pacientes ao ingerirem as refeições, tossiam, se engasgavam, babavam, limpavam a boca na roupa, jogavam comida no chão, na mesa, no corredor e guardava restos de alimentos embaixo dos colchões.

Depois de receberem o café, a maioria dos pacientes se dirigia para dentro da enfermaria, ficando na janela do posto de enfermagem solicitando cigarro. Um funcionário passava a fazer a entrega. Os pacientes se aglomeravam em torno deste, que distribuía um cigarro para cada um. Todos queriam cigarro ao mesmo tempo e alguns pacientes ficavam controlando os outros para pegar a ponta de cigarro que sobrou, o que resultava geralmente em briga entre os mesmos.

Os banheiros não tinham lixeira, eram sujos, com problemas de encanamento e esgoto. As portas, tetos e ventiladores estavam cheios de teias de aranha e a maioria não funcionava. As salas pareciam depósitos com moveis velhos, geladeiras estragadas, enferrujadas e em desuso, sofás esburacados e encapados com lençol. A instalação elétrica era antiga e às vezes os pacientes tomavam banho frio devido às resistências dos chuveiros que queimavam com freqüência.

O refeitório era cuidado por um paciente, que todos chamam carinhosamente pelo diminutivo de seu nome. O mesmo limpava as mesas do refeitório com a mesma vassoura que limpava o chão, usava toalhas de banho para secar e limpar as louças. Costumava criar gatos e cachorros no local, tendo inclusive uma cadela que estava prenha e outra que já havia dado cria, sendo insuportável o cheiro de seus dejetos.

No pátio, encontrava-se freqüentemente, fezes em vários lugares e os pacientes utilizavam uma parte do pátio, atrás da enfermaria, para suas necessidades fisiológicas. As camas, na sua grande maioria, ainda eram as mesmas da época da inauguração do hospital (1941), danificadas, organizadas umas atrás das outras, lembrando a época de superlotação de pacientes⁷. Vários colchões sujos, rasgados e parcialmente queimados pelo fato dos pacientes fumarem nos leitos.

⁷ As fotos do Museu do Hospital mostram os pavilhões com grande número de camas, arrumadas umas atrás das outras, sem espaço entre elas e enfileiradas (Nota da autora).

Um dos pacientes era chamado pelo nome de “macarrão” que lhe foi atribuído pelo aspecto de seus cabelos.

Goffman (1999, p. 16-18) ao fazer um estudo sobre o que denominou de “instituições totais”, referindo-se especialmente a prisões, quartéis e conventos, inclui também os hospitais psiquiátricos. Definiu alguns aspectos característicos deste tipo de instituição, ressaltando a ruptura existente nestes locais com a disposição básica da sociedade moderna, em que o indivíduo tende a realizar suas atividades em diferentes lugares, com diferentes co-participantes. Nas instituições totais, há uma ruptura dessas barreiras, sendo que, primeiramente, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade; em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de pessoas, tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto; em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, impostas por um sistema de regras explícitas e por um grupo de funcionários; e, finalmente, por último, as várias atividades obrigatórias (comer, beber, dormir, trabalhar, etc.) são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição.

Para Goffman (1999) estas instituições, além de impedirem a saída dos internos, mantêm controle sobre eles, não permitido que escolham seu modo de viver no interior delas. Assinala ainda que os internos perdem o direito à privacidade, são despojados de seus bens, da aparência pessoal, e às vezes até do próprio nome. As atividades são planejadas sem seu conhecimento ou participação.

Quanto à equipe de enfermagem que trabalha na enfermaria, era composta por um grupo de treze pessoas nas quais se observavam relações dificultosas relativas à sua identidade profissional e conflitos na relação cotidiana e demonstravam-se acríticos em relação aos seus afazeres. Eram dois técnicos, cinco auxiliares, seis atendentes de enfermagem e três serventes.

A maioria trabalhava há mais de vinte anos no hospital, possuíam escolaridade⁸ variada, não tinham atividades nitidamente definidas na enfermaria e perpetuavam passivamente o modelo de assistência manicomial. Provavelmente esses funcionários se encontravam nessa condição, em função de muitos anos condicionados à uma prática sem reflexão. Desenvolveram uma prática de cuidar repetitiva, aparentemente sem uma base teórica, oriunda da própria experiência de vida pessoal, familiar e profissional.

⁸ Dois funcionários têm o segundo grau completo, seis funcionários têm o primeiro grau completo e quatro funcionários não têm o primeiro grau.

Os membros da equipe vivenciavam diariamente conflitos de poder entre si, com o paciente e com o papel exercido pela enfermeira. Executavam atividades de enfermagem rotineiras, repetitivas, executadas mecanicamente, demonstrando prática e pressa na sua realização. Estas atividades de enfermagem se referem à medicação, higiene, alimentação, ou seja, cuidados físicos semelhantes aos que a enfermagem presta nas unidades clínicas, além das atividades de vigilância e controle dos pacientes.

Diante da dificuldade de organizar a prática e do desconhecimento ou distanciamento de um fazer diferente, mais humanizado, realizam um cuidado com características asilares, pouco elaborado e aparentemente desvinculado da preocupação com o ser humano. Esta prática assistencial, somada à condição física da enfermagem, transforma este espaço em um ambiente antiterapêutico, estressante e antidemocrático.

Para Taylor (1992, p. 90), um ambiente terapêutico depende da filosofia de trabalho da equipe profissional e tem como meta “ajudar o cliente a desenvolver um senso de auto estima e valor pessoal, melhorar sua capacidade para relacionar-se com os outros, ajuda-lo a aprender a confiar nas pessoas e possibilitar que ele volte à comunidade melhor preparado para o trabalho e para a vida”.

Considero o ambiente terapêutico como um local onde vários componentes interagem, ou seja, componentes físicos, interpessoais, terapêuticos e reabilitadores, conscientemente planejados que apoiem e potencializem o tratamento psiquiátrico, que deve ter como meta a ser perseguida, a reabilitação biopsicossocial seja nas unidades de curta ou longa permanência, nas unidades custodiais, pensões protegidas, núcleos ou centros de apoio, ou em qualquer outro espaço em que se desenrole a assistência psiquiátrica.

A Reforma psiquiátrica traz embutida uma proposta de processo de trabalho, assistência à saúde mental que deve ser distinto do que predominou até recentemente e talvez ainda predomine. Não mais se deve calar, segregar ou rotular o doente mental e com isso restringir seus horizontes como pessoa. [...] O novo processo de trabalho/assistência em saúde mental deve ter como resultado a construção da autonomia, a conscientização, o auto-conhecimento, o aumento da capacidade de fazer escolhas, de viver com menos sofrimento e com mais prazer (FRAGA, 1998, p. 275).

O cuidado prestado, o aspecto deste ambiente e a percepção de que pouco mudou na assistência psiquiátrica me fez experimentar um sentimento frustrante que Cooper chama de

“sensação dubitativa do Zen”⁹ e que me levaram a fazer os mesmos questionamentos: “Por que estou aqui, quem me colocou aqui ou por que me coloquei aqui (e qual a diferença entre as duas questões), quem me paga pelo quê, que farei, por que fazer algo, por que não fazer nada, que é algo e que é nada, que é vida e morte, sanidade e loucura?” (COOPER, 1989, p.9).

Minzoni (1975) refere que assistência psiquiátrica depende fundamentalmente das concepções que os profissionais têm sobre esta, e que isto é que vai definir a maneira como vai ser estruturada a instituição hospitalar: “com a finalidade de reclusão ou de manutenção da vida, de hospedagem ou terapêutica reabilitadora”, e mesmo que seja do tipo custodial, o enfermeiro poderá ser um agente de mudanças.

À medida que a concretização da reforma psiquiátrica esta na dependência de conjunturas locais, legais e na superação dos velhos modelos assistenciais, só os trabalhos de atenção psiquiátrica diferenciada, sob novos modelos de cuidado, que crie novas dimensões, novas subjetividades, que produza vida e liberdade, em qualquer espaço em que se desenrole a assistência ao portador de transtorno psíquico, será uma “semente” a ser cultivada, das muitas modificações a serem processadas.

Não há como negar o esforço institucional para mudar a realidade. Não são poucas as barreiras políticas, econômicas e estruturais que se enfrenta em busca da transformação da assistência aos pacientes dentro desta Instituição. Há que se fazer uma referência aos trabalhos de muitos e aos projetos implantados na busca da singularidade e humanização, porém este é um longo caminho a ser percorrido e muitos dispositivos e crenças incrustadas a serem desmontadas, para alcançar mudanças de peso e significativas e de acordo com o paradigma apregoado pela Reforma Psiquiátrica.

Muitos foram os dias que passei pensando no que fazer. Muitas idéias passavam pela minha mente. É evidente que esta situação conflituosa é inerente a momentos de transição. Os questionamentos penetram tanto na base prática como teórica, pois trabalhar neste espaço asilar, participar da assistência na instituição total, mudar meu foco assistencial que esteve centrado por 14 anos em uma proposta mais libertadora, poderia significar uma renúncia da não convivência com este sistema formal.

⁹ Cooper refere que certos números de questões perturbadores se apresentam aos profissionais de saúde mental e estes se recusam a conceder sua atenção crítica ao fato de que se encontram prestes a ser engolfado pelos processos institucionalizantes no hospital psiquiátrico (COOPER, 1989, p. 9).

A busca de novas formas de interação com o portador de transtorno psíquico e os trabalhadores de enfermagem, bem como a experiência, exigia um pensar criativo, um conhecimento que superasse a sistematização de um saber positivo.

Porém, observando este espaço institucional, esta realidade que resiste ou ignora uma forma mais democrática e humana de cuidar, em que se submetem, pacientes e equipe, a esta “violência” cotidiana, passei a encarar esta realidade como mais uma oportunidade de demonstrar que o caminho é a humanização e que esta só é possível, por meio da compreensão do ser humano e de um novo paradigma.

Compreendendo que a prática de enfermagem psiquiátrica neste local deve passar por um processo de transformação urgente, visualizei a necessidade de mudança desta prática, com vistas à humanização do setor, passando pela reestruturação e organização do espaço físico, à adoção de um novo paradigma que compreende, entre outras coisas, num desvelar crítico da realidade, da revisão de crenças, princípios e valores da equipe de tratamento e num re-aprender a condição humana, evidenciando os preceitos da reforma psiquiátrica, contribuindo para uma assistência de enfermagem mais qualificada e ética.

A reforma psiquiátrica brasileira, instituída inicialmente na Itália com Franco Basaglia, coloca em evidência a necessidade de reformulação das práticas dos profissionais do campo psiquiátrico.

Inspirada no movimento da reforma psiquiátrica italiana, a principal estratégia adotada pelos trabalhadores tem sido a busca da desinstitucionalização. Entendida como algo mais do que complexos mecanismos de desospitalização, decomposição institucional ou reorganização da rede de serviços de saúde mental, ela inclui uma crítica ao saber e às práticas que constituem a assistência psiquiátrica, recomendando que estas estejam orientadas por uma nova concepção do processo saúde-doença (FRAGA, 1998).

Assinalo a importância do cuidado aliado ao valor da multidisciplinaridade no processo, posto que a construção do saber não se dá de forma isolada. O trabalho no campo psiquiátrico depende da capacidade dos profissionais de se organizarem em equipe para cuidarem de uma forma criativa visando atender as singularidades do paciente. Isso exige o respeito às diferentes formas de crenças e saberes presentes no campo institucional, incluindo-se as dos profissionais de enfermagem e de todos que trabalham na equipe de tratamento.

Neste sentido, Nicácio (1994), não compreende transformação enquanto execução de objetivos, nem como relação funcional entre intenções e efeitos. Como uma cultura nova, tece

uma diferente relação entre cidadãos e instituição, mobilizando como atores todos os sujeitos envolvidos, já que a transformação das estruturas das instituições, dos sujeitos e de suas culturas, só pode acontecer simultaneamente. Para este autor, a cultura da inovação é inerente, portanto, há uma pluralidade de diferentes linguagens, conhecimentos e concepções do mundo.

A mudança tem de um lado a auto-transformação dos sujeitos envolvidos, no sentido da disponibilidade a aprender e, ao mesmo tempo, é produção de realidade com os materiais existentes, em forma intrinsecamente plural e ancoradas na especificidade deste material.

Com base em tudo o que foi abordado até o momento, resolvi desenvolver juntamente com a equipe de enfermagem, uma prática assistencial e pedagógica diferente, com o objetivo de encontrar respostas para minha inquietação inicial: *De que maneira poderia contribuir para uma melhor compreensão das situações vividas pela equipe de trabalho, neste espaço institucional e melhorar a qualidade do cuidado prestado ao ser humano?*

2.1 Primeira etapa do processo: humanizando o ambiente

Como já relatado anteriormente, as condições físicas e humanas na unidade apresentavam-se com muitos problemas. Diante daquela realidade, muitas idéias começaram a povoar minha cabeça e sabia que tinha que fazer algo. Não sabia como começar e só tinha uma certeza, de que o trabalho teria que passar por várias etapas, e entre elasurgia a necessidade de se estabelecer um processo educativo com pacientes e funcionários, uma revisão de conceitos acerca do cuidado em saúde mental, definição da equipe de tratamento, organização da enfermaria e das rotinas.

Estava na verdade assustada e preocupada. Sabia que era preciso tempo e persistência muito mais do que qualquer outra coisa, e me assustava com as perspectivas que os funcionários, direção e outras pessoas levantavam a meu respeito.

Inicialmente, solicitei uma relação das atividades da enfermaria e nela observei uma lista de atividades voltadas aos cuidados físicos, como numa unidade clínica. Havia descrição de horários de banho, alimentação, medicação e do atendimento médico. Quando comecei a trabalhar nesta enfermaria, já tinha em mente desenvolver neste ambiente, uma proposta para minha prática assistencial, porém estava só iniciando o mestrado. Sabia que não conseguiria aguardar tanto tempo para começar com o trabalho, e também não seria ético esperar, pois e a

situação observada, exigia urgência de mudanças, e isto acelerou o encaminhamento da primeira etapa das transformações.

Após uma semana fotografando e observando atentamente tudo que ocorria na unidade, identifiquei uma série de problemas relacionados ao ambiente, ao cuidado prestado e ao comportamento dos pacientes e funcionários, com as quais elaborei uma relação de situações que considerava como emergencial a resolução, porém não divulguei minhas intenções.

O próximo passo consistiu no agendamento de uma reunião com toda a equipe, que aconteceu somente três semanas após ter iniciado a trabalhar na enfermaria. Todos compareceram à reunião que começou com as habituais apresentações, para depois passarmos ao estabelecimento da pauta de reuniões. Nenhum dos presentes agendou qualquer assunto, e desta forma, o único assunto agendado por mim, foi propor aos funcionários a realização de uma série de oficinas, cujo objetivo era sensibilizar para a realização das modificações que se fizessem necessárias.

Como estratégia inicial, perguntei ao grupo de funcionários qual era a percepção que os mesmos tinha do ambiente e do cuidado ali prestado. As respostas não eram conclusivas, as argumentações eram frágeis e evasivas: “sempre foi assim” [...], “nunca tivemos apoio” [...], “é difícil fazer de outro jeito”, situação que pode ser explicada com a referência de Patrício (1999, p. 40):

As mudanças de pensar e fazer no cotidiano exigem mudanças no grande paradigma que orienta este cotidiano. É preciso uma mudança no próprio indivíduo, através de um processo contínuo educar-aprender, para modificar o seu único jeito de olhar – fazer, para que tenha a liberdade de buscar outros caminhos que ajudem.

Continuando a reunião, procedi a leitura de observações que fizera em torno da realidade observada, ou seja, atendo-me aos fatos que me chamaram mais a atenção, mostrando inclusive fotos, como uma cena, em que um paciente que havia convulsionado, encontrava-se despido, vomitado, urinado e evacuado no chão do refeitório imundo, enquanto os funcionários, que haviam me chamado para atender a intercorrência, tomavam café e aguardavam minha chegada [...], ou situações em que o paciente usava as calças com a braguilha (abertura) virada para trás [...], e ainda, o grande número de pacientes descalços ou com os chinelos trocados de pé e situações em que o paciente tinha que optar entre segurar as calças ou segurar sua marmita com a comida, na hora do almoço: quando seguravam a marmita, suas calças caíam.

Falei de minha percepção sobre aquele ambiente, enfatizando o choque que certas situações me provocaram. Verbalizei minhas intenções, minha forma de trabalhar enquanto supervisora, o motivo de ter assumido este compromisso, minhas ansiedades e parte de meus desejos. Coloquei minha disposição em trabalhar com o grupo, mas que para isso seria preciso parceria e cumplicidade da equipe e que estava consciente de que nada faria só. Falei ainda da metodologia que pretendia utilizar para as reuniões de equipe, que seriam participativas e deliberativas e comecei a avaliar, juntamente com os funcionários, a construção de um planejamento participativo com vistas à modificação do ambiente e da assistência prestada.

Solicitei que emitissem suas opiniões, porém, poucos se expressaram e não observei motivação em suas falas, pareciam (interpretação minha) apáticos e descrentes ou temerosos, talvez. Prosseguindo a reunião sugeri, como motivação inicial, um tema para iniciarmos o trabalho, “reconstruir a realidade usando a criatividade”, uma vez que os recursos eram mínimos. Falei da experiência na outra Unidade e de seu modelo assistencial. Realizamos uma leitura comentada de alguns trechos de um artigo sobre o processo criativo¹⁰, como sensibilização dos funcionários para motivação aos trabalhos que já planejara mentalmente.

O processo criativo foi um tema bastante desenvolvido na Especialização em Metodologia do Ensino para a Profissionalização em Enfermagem (UFSC, 2000). Esta especialização concretizou-se como uma consequência de meu envolvimento com Escola de Formação em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde (EFOS/SC), em função da parceria realizada com o Projeto Auxiliar de Enfermagem da UFSC. Neste Projeto de Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem, participei durante quatro (4) anos e me proporcionou um convívio muito importante com a Metodologia Problematizadora e com a educação no trabalho.

Esta experiência como facilitadora do processo ensino-aprendizagem certamente foi decisiva no desencadear desta trajetória, pois possibilitou um convívio diferente com a proposta de educação no trabalho, quebrando tabus e estimulando o processo criativo. Minha admiração por esta Metodologia concretizou-se quando tive a oportunidade de elaborar o marco referencial do Plano Político Pedagógico da EFOS/SC, frente à nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), utilizando a dinâmica do planejamento participativo¹¹.

¹⁰ O processo criativo - Criatividade: definições, elementos e potencial criativo (REIBNITZ et al, 2000).

¹¹ Uma vivência de educação no trabalho: O processo de construção do Plano Político Pedagógico da Escola de Formação em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (COSTA, E.; MACHADO, R. R. 2000).

Com base nesta experiência veio a idéia de sugerir ao grupo que realizássemos reuniões sistemáticas, que seriam denominadas de Oficinas, que teriam como objetivo a organização e adequação do ambiente físico, esquematização de rotinas, entre outras providências, para transformar o ambiente terapêutico e, portanto, torná-lo mais humanizado.

O grupo de funcionários aceitou participar das reuniões. Aproveitei a oportunidade e elaborei um projeto que foi aceito pelo Setor de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CEDRHUS). Este continha uma proposta de um ciclo de oficinas denominado “Oficina para a humanização do ambiente” com vinte e quatro horas de duração (Anexo A), que foi certificado como treinamento profissional, e, portanto contaria como progressão funcional para os funcionários.

No primeiro dia de trabalho, os funcionários compareceram em número de treze (13) os quais foram divididos em três (3) grupos que, sem minha interferência, realizaram o levantamento das situações consideradas problemas e apontaram as soluções, nos pequenos grupos.

Foi designado um coordenador para cada grupo e combinamos que cada problema levantado deveria ser discutido e aceito pelo grande grupo como “problema”, quando então, as propostas de solução encaminhadas pelos pequenos grupos seriam analisadas e melhor elaboradas pelo grande grupo.

Após todos os membros da equipe terem elencado as situações que consideravam problemáticas na enfermaria, mostrei a relação que eu havia elaborado, durante as duas semanas que iniciei na unidade. Comparando as listas, evidenciamos muitas situações que eles não haviam identificado e outras que eu não havia ainda percebido. Combinamos que juntaríamos a relação de problemas levantados e que a partir daquele momento, seriam todas discutidas pelo grande grupo, portanto, trabalhado as propostas de solução.

As oficinas aconteceram às terças feiras, durante seis (6) semanas, com duração de quatro (4) horas cada uma. Estas contribuíram para a solução de vários problemas, deram início a uma reforma estrutural e comportamental do grupo, onde as soluções passaram a emergir da própria coletividade. Particpei como enfermeira e também como facilitadora do processo, mediando as soluções encontradas contribuindo com minha experiência anterior.

Algumas das soluções encontradas naquele momento, não foram as definitivas e muitas situações foram reavaliadas. Havia a consciência de que precisávamos “muitas idas e vindas”, porém tínhamos a compreensão que precisavam ser implantadas e avaliadas, e precisávamos de mais tempo para conhecer e adaptar-nos uns aos outros e à nova situação.

Durante a semana, entre um encontro e outro, passávamos a implantar as rotinas e combinações elaboradas em grupo. Cada um dos integrantes da equipe procurava cumprir o acordo estabelecido, encaminhando individualmente ou coletivamente, as soluções deliberadas nas oficinas.

Após seis semanas, encerramos as reuniões e muito das situações problemáticas já haviam sido solucionadas. Mensalmente, nas reuniões de equipe, as situações eram reavaliadas, e se necessário, propostas novas soluções.

Passados seis meses deste trabalho, realizamos um novo encontro, com quatro (4) horas de duração, cujo objetivo, era fazer uma avaliação do que havíamos realizado até aquele momento. Os funcionários foram orientados a assinalar num instrumento previamente elaborado, no qual continha todas as situações problemas e propostas levantadas na etapa anterior, todas as situações que foram resolvidas e as que não foram, para que, nessas últimas, formulássemos novas propostas de solução.

Desde o início deste trabalho, sabia onde pretendia chegar. Sempre tive claro o objetivo final que pretendia e que se constituiria na construção de um ambiente terapêutico e na humanização do cuidado. Entendia que isto não poderia acontecer de um momento para outro, nem de forma vertical, e sabia que para alcançar teria que sistematizar cada passo.

Propus começarmos pela organização das rotinas, arrumação e adequação do ambiente e composição da equipe de trabalho. Algumas pessoas da equipe saíram, outras entraram. Procurei formar um grupo de trabalho mais qualificado profissionalmente, mais coeso e comprometido com os objetivos que traçara.

Foram promovidas muitas mudanças em menos de um ano. Mutirões de limpeza e organização passaram a acontecer quase que diariamente. Promovemos “bota-fora”, reciclagem de lixo, organização de espaços, organização dos quartos, redistribuição e identificação de leitos, assembléias gerais com pacientes.

Foram instituídas novas rotinas de funcionamento, roupas particulares e adequadas para os pacientes, mudança do local do refeitório e muitas outras. Retiramos os animais, organizamos grupos de trabalho com os pacientes e outras atividades que contribuía para a adoção de novos hábitos de vida. Fizemos alianças, modificou-se a característica da equipe de trabalho que atualmente é formada por 15 funcionários, dois (2) técnicos e duas (2) técnicas de enfermagem, seis (6) auxiliares de enfermagem, sendo quatro (04) mulheres e dois (2) homens e quatro (4) atendentes de enfermagem, sendo três (3) homens e uma (1) mulher. Atualmente a unidade não

dispõe de auxiliar de limpeza¹², sendo a mesma realizada com remanejamento de funcionárias de outras unidades e com a ajuda dos pacientes.

As mudanças que aconteceram na enfermaria são evidentes e as rotinas foram paulatinamente instituídas, aperfeiçoadas e vem sendo assimiladas pelos funcionários e pacientes. Estas transformações iniciais eram a base para dar sustentabilidade e possibilitar outras transformações.

Concordo com Oliveira et al (2001, p.89-90) quando sugerem que podemos utilizar idéias de autores humanistas, as crenças e conceitos do grupo, ou idéias de profissionais que já utilizam práticas humanísticas no seu cotidiano e elencam alguns pressupostos, para elaboração de um referencial com abordagem humanística, destacando:

- a) respeitar a individualidade de cada ser humano; suas diferenças; seu potencial para desenvolver-se, crescer e ser mais; sua capacidade para transformar a realidade em que vive e para cuidar sua vida e sua saúde;
- b) não se pode prestar uma assistência humanizada sem humanizar-se, e para nos humanizarmos, precisamos nos conhecer e conhecer o outro;
- c) não se pode prestar uma assistência humanizada em um ambiente desumano, assim a preocupação com práticas humanizantes no ambiente de trabalho é vital;
- d) e uso da ciência aliada à sensibilidade e à intuição é primordial na assistência humanizada;
- e) a assistência humanizada depende de um trabalho interdisciplinar, depende de todos e depende de cada um, ela é integral;
- f) um referencial teórico para guiar o cuidado numa perspectiva humanística não pode ser implementado de maneira vertical, mas sim dialógica e,
- g) cuidar numa perspectiva humanística, não implica somente em mudanças de procedimento, mas sim e, principalmente de mudança de atitudes e filosofia de trabalho e, quiçá, de vida.

Enquanto a primeira fase das modificações pretendida ia acontecendo, observava atitudes e posturas, manejos e abordagens dos funcionários para com os pacientes, colegas e comigo. Constatava que somente trabalhar nas condições ambientais e estruturais não poderiam humanizar

¹² Duas serventes tinham o curso de Auxiliar de Enfermagem e passaram para o quadro do serviço de enfermagem, e outra, foi transferida para a lavanderia, por apresentar problemas com manejo de paciente.

o cuidado. As intervenções caso a caso, as supervisões e as orientações durante as reuniões de equipe não eram suficientes para permitir o alcance da compreensão e do significado do comportamento dos pacientes.

Os conflitos interdisciplinares e a forma de ver e cuidar do paciente não dependiam somente de um ambiente limpo e mais organizado. Seria indispensável um novo processo que auxiliasse a equipe para uma melhor compreensão do cuidado e que contribuísse efetivamente para a harmonização do ambiente, tornando-o terapêutico e humanizado.

Após esta primeira fase em que trabalhamos prioritariamente o ambiente, planejei a continuidade deste processo com uma segunda etapa. Esta seria desenvolvida na proposta das atividades previstas na Disciplina de Prática Assistencial, Ética e Educação, e posteriormente, após o processo de análise crítica, se constituiu em minha dissertação de mestrado.

2.2 Segunda Etapa: os preparativos para a humanização do cuidado

Esta segunda etapa consistiu-se em realizar um processo educativo/reflexivo com este grupo de trabalhadores que se iniciou com a realização de minha prática assistencial. O objetivo foi avaliar como estes vivenciavam a assistência psiquiátrica, qual a compreensão dos mesmos sobre o processo da reforma psiquiátrica brasileira no contexto assistencial, qual a importância do ambiente no tratamento dos pacientes e outras questões que nos conduzissem à efetivação do cuidado humanizado.

Inicialmente realizei outro projeto que também foi encaminhado ao Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CEDRHUS) com o objetivo de estimular a participação dos funcionários, solicitando a homologação de Oficinas para a Humanização do cuidado (Anexo B) com duração de vinte e quatro (24) horas. Esta programação foi encaminhada com uma relação de temas educativos a serem explorados. Fiz uma previsão dos temas com enfoque no cuidado, na reforma psiquiátrica, no processo saúde/doença mental, em manejos e abordagens condizentes com os ensinamentos científicos e humanísticos. Os temas encaminhados no programa tinham o objetivo de cumprir uma formalidade institucional, porém em meu planejamento pessoal, os mesmos deveriam emergir das discussões do grupo.

Dando continuidade ao processo iniciado no ano anterior, a utilização da Metodologia Problematizadora foi também a base para o desenvolvimento desta segunda etapa, na qual estabeleci alguns objetivos que apresento no terceiro capítulo.

Posteriormente, no quarto capítulo, apresento uma revisão de literatura sobre a psiquiatria no mundo, no Brasil e em Santa Catarina, sobre a Reforma Psiquiátrica no mundo e no Brasil, a história da enfermagem psiquiátrica e sobre o cuidado de enfermagem, enfatizando o cuidado prestado ao portador de transtorno psíquico.

No quinto capítulo, apresento o Referencial Teórico Metodológico desta prática educativa, que se constitui na Pedagogia Libertadora de Paulo Freire e na Metodologia Problematizadora com a utilização do Arco de Charles Maguerez. Este referencial permeou toda a construção do estudo, na medida em que foram solicitados para a melhor compreensão do tema. Neste capítulo, apresento também, os pressupostos que guiaram minha prática assistencial e os conceitos. Ambos foram construídos, com base no referencial teórico escolhido, em minhas crenças, e/ou adotados de outros autores por refletirem também minha visão de mundo.

No desenvolvimento do trabalho, no sexto capítulo, explicito a metodologia da prática assistencial contextualizando o ambiente, caracterizando os sujeitos do estudo e descrevendo os procedimentos adotados.

Posteriormente, no sétimo capítulo, apresento os resultados desta vivência educativo-reflexiva analisando a realidade observada, narrando o desenvolvimento e resultados das oficinas.

Finalizando, no oitavo e último capítulo, abordo a dimensão que este trabalho alcançou procurando analisar, como as reflexões feitas pelos participantes contribuir para a humanização da assistência prestada, bem como, destaco a dimensão ética educativa e as dificuldades do repensar crítico, fazendo uma análise do referencial teórico met adotado focalizando a humanização.

3 OBJETIVOS:

3.1 Objetivo Geral

Desenvolver com a equipe de enfermagem de uma enfermaria de portadores de transtornos psíquicos crônicos, um processo reflexivo acerca do cuidado na perspectiva de alcançar a humanização da assistência, explorando a condição de trabalho e a educação, a partir dos referenciais teóricos metodológicos da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire.

3.3 Objetivos Específicos

a) Desenvolver com um grupo de trabalhadores de enfermagem uma reflexão coletiva em oficinas, sobre aspectos relativos ao cuidado e a organização do trabalho a partir da metodologia problematizadora.

b) Instrumentalizar a equipe de enfermagem da unidade onde se desenvolveu o estudo com conceitos e pressupostos da Reforma Psiquiátrica e a nova forma de cuidado de enfermagem voltado para a condição humana e cidadã.

c) Contribuir para a reflexão crítica dos trabalhadores de enfermagem sobre o seu trabalho.

d) Avaliar a proposta da prática assistencial a partir do Marco Referencial e a metodologia utilizada, com base nos princípios éticos e educativos.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A Psiquiatria no Mundo, no Brasil e em Santa Catarina: história de maus tratos e exclusão

A fim de desenvolver uma melhor compreensão do que é a assistência psiquiátrica, faz-se necessário uma revisão da evolução da psiquiatria ao longo do tempo.

De acordo com Taylor (1992) o tratamento aos doentes mentais nos tempos pré-históricos provavelmente consistia de ritos tribais com o objetivo de alterar o comportamento. Se esses fracassavam, deixava-se que os indivíduos morressem de inanição ou fossem atacados por feras.

Nos primórdios das eras Grega e Romana foram notáveis as considerações humanas pelos doentes. Os templos gregos foram usados com frequência para abrigar pessoas com doenças mentais. Às vezes, eram tratadas com grande delicadeza; mas em outras ocasiões, o tratamento era severo e bárbaro; mesmo no melhor dos templos gregos, a inanição, correntes e flagelos eram defendidos, "porque com isso acreditava-se que, quando aqueles que recusavam alimentos começassem a comer, a memória também seria constantemente refrescada" (TAYLOR, 1992, p.2). Outros médicos da era Romana tratavam as pessoas mentalmente enfermas com sangrias, purgantes e banhos sulfurosos.

Taylor (1992) assinala que na idade média, com a queda das civilizações grega e romana, o atendimento aos doentes foi deixado a cargo dos padres e religiosos propagando-se as crendices acerca das doenças mentais. Tratamentos tanto humanos como brutais eram aplicados com o intuito de afastar os espíritos malignos. Alguns locais menos tenebrosos eram os mosteiros ou

santuários, onde essa técnica de "exorcismo" dos demônios era realizada por um toque suave das mãos em vez de pelo uso do chicote.

No século XVI, os doentes mentais tiveram ainda menos consideração quando a igreja e os mosteiros desistiram do atendimento. Os insanos eram trancafiados em celas, masmorras ou asilos para loucos, onde os curiosos podiam pagar para ver a "representação" dos internos. Neste século, Henrique VIII, considerou oficialmente o hospital Bethlehem em Londres com um asilo para lunáticos. Logo se transformou no notório "Bedlam" (confusão, tumulto, na língua inglesa), cujas práticas terríveis foram immortalizadas por Hogarth, o famoso cartunista. Ali os guardas recebiam permissão para mostrar os pacientes mais perturbados ao público e os internos mais inofensivos eram forçados a buscar esmolas nas ruas de Londres, como os pedintes de Bedlam do Rei Lear, de Shakespeare (TAYLOR 1992).

No século XVII a superstição da doença mental era atribuída a uma batalha incessante entre Deus e Satã pela posse da alma humana. Em 1621, Burton publicou seu trabalho clássico *Anatomy of Melancholy*, onde afirmava que "as bruxas e os mágicos podem curar e causar a maioria das doenças". A busca e execução das bruxas tornaram-se um dever religioso e sagrado. Estima-se que pelo menos 20.000 pessoas foram queimadas apenas na Escócia, durante o século XVII. Neste período obscuro, a sociedade interessa-se por sua segurança, não pelo bem-estar dos doentes mentais. As casas de caridade eram uma combinação de prisão e asilo e dentro de suas paredes, criminosos menores e doentes mentais eram indiscriminadamente trancafiados (TAYLOR 1992).

Nos séculos XVII e XVIII, as masmorras de Paris eram os únicos locais onde os doentes mentais violentos podiam ser confinados, sendo que neste último, as reformas políticas e sociais influenciaram os hospitais e as prisões de Paris. Em 1792, o francês Philippe Pinel (1745-1826), provou o erro de se tratar os doentes mentais de forma desumana, e recebeu permissão da Comuna Revolucionária para libertar os prisioneiros de dois dos maiores hospitais, alguns dos quais, acorrentados há mais de 20 anos (TAYLOR, 1992).

No final século XVIII, transforma-se a concepção de loucura e surge um novo campo do saber; a Psiquiatria, conforme assinala Rocha (1994). Foucault (1979) refere-se a forma como os pacientes vinham sendo tratados nos hospitais: "ficavam abandonados, nus, acorrentados".

Amarante (1995, p. 23), refere-se a este período como:

A passagem de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica. A primeira permite que a loucura, inscrita no universo de diferença simbólica, se permita

um lugar social reconhecido no universo da verdade; ao passo que a visão crítica organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco.

Taylor (1992) refere ainda que as reformas instituídas por Pinel prosseguiram com seu aluno Esquirol, que fundou 10 asilos e foi o primeiro professor regular de psiquiatria, e pelos Quarkers, que sob a liderança dos irmãos Tuke, efetuaram as mesmas reformas na Inglaterra.

Em 1756, Benjamin Franklin inaugurou o Pensilvânia Hospital na América do Norte, onde Benjamin Rush, o "pai da psiquiatria" Norte-Americana começou a trabalhar em 1783. Ele acreditava que as fases da lua influenciavam o comportamento e inventou um dispositivo de contenção chamado de "tranquilizante". Insistia na oferta de tratamento mais humano aos doentes mentais e, assim, ficou na história com uma figura importante de transição entre a velha e a nova era (TAYLOR, 1992).

Segundo a autora supra citada, o primeiro hospital psiquiátrico público em Williamsburg, na Virgínia, foi construído em 1773, hoje conhecido como Eastern Psychiatric Hospital, e a maioria dos estados norte-americanos não possuía instituições especiais para os doentes mentais no século XIX. As casas de caridade eram populares, mas transformavam-se em lugar para confinamento de doentes mentais.

Por volta de 1830, difundiu-se nos estados norte-americanos, um movimento forte para construção de hospitais públicos apropriados, baseados em instituições particulares como o retiro de Hartford, fundado em 1818. Horace Mann interessou-se intensamente pela situação deplorável dos doentes mentais, porém foi Dorothea Dix, uma professora primária de 40 anos, que despertou a consciência pública sobre os males das casas de caridade, em meados do século XIX, e levantou fundos para a construção de hospitais apropriados em várias partes dos Estados Unidos, Canadá e Europa (Taylor 1992).

De acordo com Amarante (1995), este período é marcado pela produção de uma percepção dirigida pelo olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de conhecimento: a doença mental.

O sistema hospitalar público desenvolvido rapidamente em muitos países, limitava-se as grandes instituições construídas em áreas rurais. O modelo da instituição resultou de um desejo genuíno de oferecer um ambiente caseiro que também fosse seguro. Todavia em função da distancia destes locais, a equipe de profissionais precisava viver em locais próximos e a instituição tinha que prover sua própria comida e outras necessidades. Daí surgiu uma espécie de comunidade auto-suficiente, onde os pacientes mais capazes desenvolviam as tarefas. Essa

responsabilidade provou ser terapêutica, porque proporcionava aos pacientes uma atividade significativa, aumentando assim seu senso de auto-estima e coesão de grupo. Por outro lado, havia abusos. Na melhor das hipóteses, o paciente era usado como mão de obra gratuita e exploratória, já que não recebia nenhuma forma de pagamento pelo trabalho que realizava (AMARANTE, 1995).

Além da exploração, o outro resultado negativo do sistema hospitalar público, foi a "síndrome da institucionalização". Em razão das distâncias das comunidades, as famílias logo desistiam de qualquer tentativa de aproximação com o doente, e estes sem ter qualquer contato com o mundo externo, adaptavam-se ao meio e aos seus papéis dentro do hospital a ponto de resistir às poucas tentativas de retorno aos seus lares. Conseqüentemente, não era incomum que o indivíduo uma vez internado em um hospital ali permanecesse para sempre (TAYLOR, 1992).

A partir de 1908, iniciou-se uma mudança significativa no sistema hospitalar público com movimentos de higiene mental provocado pela publicação de "A Mind that Found Itself", escrito por um ex-paciente de um hospital para doentes mentais Clifford Beers, e também pelos conceitos de Sigmund Freud (1856-1939), que revolucionaram os conceitos ortodoxos da mente, propuseram novas técnicas de exploração, chamaram a atenção de homens e mulheres inteligentes para o tema do comportamento humano (TAYLOR, 1992).

Para Taylor (1992) umas das atitudes mais avançadas foi a aprovação da Lei Nacional para a Saúde Mental em 1946, nos Estados Unidos, que surgiu das experiências sofridas durante a Segunda Guerra Mundial, quando muitos homens das Forças Armadas tornaram-se incapacitados, mais pelas doenças mentais do que por qualquer outro problema relacionado à guerra. Vários programas de atenção foram introduzidos ao mesmo tempo, dos quais os mais importantes foram as comunidades terapêuticas e o hospital aberto, que permitiam que os pacientes movessem-se livremente dentro dos hospitais e comunidades.

Em 1955 o Congresso Americano aprovou a lei para estudo da saúde mental e em 1963, John F. Kennedy anunciou a criação de centros comunitários de saúde mental com vistas à "desinstitucionalização" de doentes mentais internados a longo tempo, encaminhando-os para programas de tratamento baseados na comunidade (TAYLOR, 1992).

De 1975 a 1980, nos Estados Unidos, foram aprovadas várias leis sobre reformas dos sistemas de saúde mental, abordando entre outras coisas, as prioridades de pesquisa, treinamento e direito dos clientes, porém em 1981, Ronald Reagan, reduziu drasticamente os fundos à saúde

mental, significando uma série de redução nos programas inovadores e um acentuado declínio no treinamento dos profissionais da Saúde (TAYLOR, 1992).

Amarante se refere a este período utilizando a expressão “psiquiatria reformada” sugerida por Rotelli (1990; 17-50 In: AMARANTE, 1995), para mapear os movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade.

Birman e Costa (1994), organizam este período com a seguinte ordenação: a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas, representando as reformas restritas ao âmbito asilar; a psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva, representando um nível de superação das reformas ao espaço asilar; e por fim, a antipsiquiatria e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia, como instauradoras de rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados.

Segundo Dias (1997) em um estudo realizado sobre a periodização da assistência psiquiátrica no Brasil, até 1941, esta se caracterizou basicamente por quatro períodos: 1º Período (1500 – 1817), onde a loucura não era considerada uma doença e não havia uma preocupação com esta problemática. O Brasil havia sido recém descoberto e necessitava que fosse colonizado e inicialmente eram enviados para cá os degredados, o loucos, os pobres, entre outros.

No segundo período (1817-1852), a doença passou a ser percebida e tratada como doença em função da organização urbana com a vinda da família Real para o Brasil, em 1808.

A cidade do Rio de Janeiro ao passar a ser a sede do Império e amplia significativamente sua população com a vinda da alta nobreza, militares e comerciantes para o Brasil, acompanhando a Corte Portuguesa.

Na época, os loucos são colocados no mesmo espaço com outros ‘desviantes’, sendo submetidos a maus tratos que, freqüentemente, os levavam à morte. Essa situação é motivo de crítica por parte dos médicos, que aliados ao provedor da santa casa, José Clemente Pereira, iniciam, a partir de 1830, um movimento para a criação de um lugar específico para os loucos: o hospício (movimento este que pode ser entendido pelo lema *Aos loucos o Hospício*). Assim pelo decreto do Imperador, é criado em 1841, no Rio de Janeiro, então Distrito Federal, o Hospício Pedro II (AREJANO 2001, p.9).

O terceiro período (1852-1890) é reconhecido como a era de “ouro dos asilos”. A partir daí ocorre uma reviravolta no tratamento destinado aos doentes mentais, pois estes passam a ser recolhidos nas ruas e não mais transitar nos espaços urbanos, sendo restrito a um lugar específico

- o hospício. Em 1908, o Hospício Pedro II, passa a chamar-se Hospício Nacional dos Alienados, e passa a estruturar-se com modelos médicos mais sistematizados, reflexo da inclusão da matéria de psiquiatria na formação básica na escola de medicina (DIAS, 1997).

A institucionalização dos desviantes é resultado de mecanismos cotidianos, silenciosos e legitimados pelo saber científico, que desde o momento que as bases da sociedade capitalista foram consolidadas tomam como função sua, a reclusão de órfãos, epiléticos, miseráveis, libertinos, velhos, crianças abandonadas, aleijados, religiosos, infratores e loucos. [...] A ideologia psiquiátrica teria nascido para tornar possível classificar como doente mental todo o comportamento inadapável aos limites da liberdade burguesa (TUNDIS; COSTA, 1992, p. 26).

Ocorre também nesta época, a criação de vários asilos e a Assistência Médica Legal aos Alienados (1890), que se caracterizava com um "órgão que estabeleceu diretrizes para o funcionamento das instituições destinadas ao asilamento e tratamento dos doentes mentais" (DIAS, 1997, p.17).

Costa (1989), destacando os primeiros passos da psiquiatria no Brasil, chama a atenção para a construção de uma metodologia própria, inicialmente fundamentada na escola francesa, e também para as dificuldades de delimitação de seu campo específico.

Cabe a psiquiatria a tarefa normatizadora da vida familiar, através da "deposição do louco". Fica sendo do Psiquiatra a autoridade de discernir qual dos membros da família deverá ser excluído em nome da sanidade e bom funcionamento de todo o grupo, e o hospital psiquiátrico, a instituição executora desta função (COSTA, 1989).

A instituição psiquiátrica surge da necessidade de enclausurar os "inconvenientes", uma vez que até então eram encaminhados aos presídios ou para os hospitais gerais, dependendo do grau de perigo que representavam à sociedade. Eram locais onde supostamente receberiam tratamento adequado.

Teixeira (1993, p.19) refere que os hospícios surgem para cumprir, satisfatoriamente, duas funções complementares: "proteger o louco dentro de um espaço que lhe é próprio e que assume pouco a pouco as especificidades da tecnologia manicomial e, ao mesmo tempo, protege a sociedade dos loucos errantes, tão supostamente ameaçadores à segurança pública".

O período que se inicia em 1890 e se estende até 1941, irá se caracterizar pela criação de várias instituições, cumprindo o duplo papel de retirar do espaço público os indesejáveis, que

perturbam, fundamentalmente o espaço urbano, e, também o de encontrar, experimentalmente, métodos terapêuticos próprios, ou seja, tentar “curar a loucura” (DIAS, 1997).

Para Teixeira (1993, p.190) “a psiquiatria centrada e encastelada em seus redutos agora específicos, passa mais eficazmente a cumprir o papel que lhe foi designado pelo Estado”.

A exemplo do Rio de Janeiro, seguiam-se outras construções de instituições psiquiátricas pelo Brasil e em Santa Catarina, surge o Hospital Colônia Santana (HCS) em 10 de novembro de 1941, construído por iniciativa do interventor Nereu Ramos, na cidade de São José, município localizado aproximadamente a 25 km da Capital do Estado, reproduzindo o modelo aprimorado por Juliano Moreira no Rio de Janeiro (TEIXEIRA, 1993).

Teixeira (1993), resgata a história da saúde mental em Santa Catarina, enfatizando as instituições, a integração entre os profissionais e suas relações com o poder. Segundo o autor, antes da criação do HCS, o asilo de Azambuja, em Brusque, dirigido e atendido pelas Freiras da Irmandade da Divina Providência desde 1910, e o Hospício do Dr. Schneider de Joinvile, se encarregavam de prestar assistência aos doentes mentais. Após a inauguração o HCS, recebeu os pacientes do Hospital de Azambuja (Brusque-S.C.) juntamente com as religiosas e outros pacientes da cidade de Joinvile (S.C.).

Até a década de 30, a concepção predominante era a da construção das grandes instituições manicomiais portadoras de um saber e uma técnica adequada aos doentes mentais, denominados, então, psicopatas. Nesta década, também, chegam ao Estado, os primeiros psiquiatras, que foram os responsáveis pela escolha do local de construção do HCS.

Em 1944, foi criado o primeiro ambulatório de saúde mental em Florianópolis, ligado ao já criado Serviço Nacional de Doenças Mentais. O atendimento aos doentes mentais, na primeira metade do século XX, caracterizava-se, quase que exclusivamente, pela utilização de recursos fisioterápicos e por intervenções como a insulinoterapia, eletroconvulsoterapia, e, menos usualmente, a lobotomia. As medicações psiquiátricas, os neurolépticos, surgiram a partir de 1951, sendo utilizado progressivamente no tratamento da doença mental (TEIXEIRA, 1993).

A década de 50 foi marcada como o período de psiquiatrização da doença mental. Os psicofármacos passaram a substituir o atendimento prestado inicialmente pelas religiosas, a direção do Hospital Colônia Santana passa a ser do psiquiatra Dr. Antonio Santaela, que foi o responsável pela iniciação do HCS aos padrões então atualizados de atendimento. Para Teixeira (1993), o saber colocado nas mãos dos médicos, o controle e poder efetivo da instituição pelos

psiquiatras e a medicalização da assistência determinam o novo curso do tratamento da doença mental em Santa Catarina.

Teixeira (1993, p.21) destaca que desde as primeiras providências administrativas da gestão do Dr. Santaella, entre as quais estão a construção de um pavilhão para tuberculosos, aumento do número de leitos e a ênfase no atendimento aos doentes agudos, evidenciando-se a continuidade do modelo europeu no final do século XIX, onde também, a tuberculose, “o monstro invisível” como era chamada, apresentava-se como flagelo social, sendo os pacientes psiquiátricos vitimados facilmente pelas condições insalubres que viviam e pelos grandes aglomerados em que conviviam.

O aumento do número de leitos sempre foi uma pressão social das comunidades, que ainda vêm na internação e no possível asilamento a solução para os pacientes portadores de transtornos psíquicos. A ênfase ao tratamento dos pacientes agudos objetivava o combate ao hospitalismo. As implicações derivadas das internações prescritas judicialmente determinaram a criação do Manicômio Judiciário em 1971 (TEIXEIRA, 1993).

Outras propostas da Direção, como o atendimento “hetero-familiar” que consistia na adoção de famílias substitutas, reformas nas enfermarias e de outras dependências, aquisição e substituição de novos maquinários, aquisição de revistas científicas e organização da biblioteca, passaram a ser implantadas, e o HCS, chega em 1952 com 800 pacientes internos.

Em 1953, o Hospital Colônia Santana foi considerado como modelo institucional, em nível nacional, para o atendimento de doentes crônicos, ou seja, internos com “exíguas possibilidades de obterem alta”. Estas condições determinaram um maior investimento orçamentário, aumento do espaço físico, aumento do número de internações e do número de funcionários, e desta forma, o HCS, chega à década de 70, com 2.300 pacientes (TEIXEIRA, 1993).

Com a criação da Fundação Hospitalar de Santa Catarina em 1965, O HCS a partir de 1970, passa por várias reestruturações administrativas, que consistiam, entre outras, na criação de uma unidade de emergência, adequação da unidade de clínica médico-cirúrgica, reforma do laboratório de análises clínicas, ampliação da farmácia, criação do serviço de triagem, reestruturação do serviço de enfermagem e formação do serviço de terapia ocupacional (TEIXEIRA, 1993).

Os pacientes passaram a ser distribuídos em 12 enfermarias, 06 masculinas e seis femininas, de acordo com sua origem geo-sócio-cultural, baseada na divisão das unidades de

saúde do Estado (Centro Administrativo Regional de Saúde-CARS), seguindo as orientações de profissionais do Rio Grande do Sul, resultante de um curso de atualização em saúde mental (TEIXEIRA, 1993).

No início da década de 80, com problemas de toda ordem o HCS chegou a abrigar 1300 pacientes, provenientes dos mais diversos locais do Estado e fora deste, em sua grande maioria, oriundos do meio rural, com instabilidade na vida familiar, sobrevivendo em precárias condições.

Em um estudo realizado na época, evidenciou-se uma população com mais de 70% de pacientes institucionalizados e crônicos com várias internações, que passavam a maior parte do tempo no hospital do que em casa, se contrapondo à uma população flutuante de 30%, que se caracterizava por uma clientela constituída por pacientes agudos e de primeiras internações, que possuíam vínculo sócio familiar. Fazia parte desta população flutuante, também, os dependentes químicos (COSTA; BORENSTEIN, 1999).

A proporção alarmante de pacientes crônicos institucionalizados em relação aos demais desencadeou várias tentativas de retorno dos mesmos às suas comunidades, como as viagens para o oeste catarinense com o objetivo de devolver os pacientes às suas famílias, projetos agrícolas como terapias alternativas, melhor precisão de dados nos prontuários acerca do paciente, sua procedência e familiares e ampliação dos tempos dedicados às atividades físicas e recreativas, entre outras (COSTA; BORENSTEIN, 1999).

A experiência de agrupar os pacientes de acordo com a procedência mostrou-se inadequada, pois com a diminuição dos leitos hospitalares em todo o Estado, houve um acréscimo das internações no HCS, impossibilitando a utilização deste critério, pois geravam os chamados “leitos chãos”. Os pacientes procedentes de regiões mais afastadas do hospital, como o oeste catarinense pertencente ao 6º CARS, por exemplo, permaneciam maiores tempos internados devido à dificuldade de retorno. Outras regiões, como a região da grande Florianópolis (1º CARS), encaminhavam muitos pacientes por estarem muito próximas ao hospital, e mesmo havendo maior rotatividade de pacientes nesta enfermaria, também possuíam mais pacientes do que leitos disponíveis. Outro aspecto observado com esta setorização foi o agrupamento de pacientes com diagnósticos e prognósticos diferenciados na mesma enfermaria, o que impossibilitava traçar um perfil de cuidado pela equipe de tratamento.

Em 1985, os pacientes passaram a ser setorizados em pacientes agudos e crônicos, priorizando a dicotomia baseada no prognóstico da doença e no prognóstico sócio-familiar. Os pacientes crônicos

representavam a maioria, o que incentiva mais uma vez, a criação de projetos para esta clientela, culminando com a implantação de projetos com características comunitárias e mais socializantes.

Cabe assinalar que a Reforma Psiquiátrica começa a provocar modificações, no início da década de 80. Este novo modelo prevê uma assistência ambulatorial e um enfoque hospitalar voltado para os hospitais gerais, com internações de curta permanência, internações em centros de convivência, criação de núcleos de atenção psicossocial (NAPS/CAPS) combatendo desta forma, a discriminação e a segregação social.

Este movimento baseado em ideais antimanicomias contraria toda uma história segregadora da psiquiatria clássica. A história da psiquiatria mostra a morosidade para se efetivar a mudança desta caótica realidade, que é ainda a assistência à saúde mental, fato que se efetiva dentro do HCS, que mantém, até os dias atuais, características hospitalocêntrica e manicomial.

O antigo manicômio, chamado e estigmatizado pelo nome Hospital Colônia Santana, tem passado por várias reformas em função das vistorias que tem sofrido por parte do Ministério Público e da Saúde, conforme relatório de uma vistoria realizada em dezembro de 1995, publicado no jornal¹³ quando um parecer técnico, descredenciava o hospital do SUS. Este foi um momento crítico para toda a comunidade institucional, paciente e alguns segmentos da sociedade, que convocaram a mídia em defesa do hospital.

Estas vistorias com a conseqüente ameaça do descredenciamento, foram fatores decisivos para se concretizarem mudanças significativas dentro do hospital. Assim, passou a chamar-se de Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPQ) referindo-se às alas de internação de curta permanência, com 186 leitos¹⁴ disponíveis, e como Centro de Convivência Santana (CCS), a parte asilar do hospital ou unidades de longa permanência, com 371 leitos, que foram disponibilizados para os pacientes moradores em 1995¹⁵.

O CCS, constituído pela população remanescente do antigo hospital Colônia Santana, possui hoje, 365 pessoas internadas, em torno de 140 homens e 215 mulheres. Pacientes que moram na instituição dependem totalmente desta, cronificados e institucionalizados. São pessoas que permaneceram muitos anos na atmosfera do hospital psiquiátrico estatal, atendidos sob a ótica da política de saúde mental da época, com perdas de contatos exteriores, solidão e ausência de

¹³ Diário Catarinense: 15 de dezembro de 1995 – Seção: Geral – Título: Colônia Santana.

¹⁴ Desses 180 leitos disponíveis, 46 leitos estão desativados aguardando a construção de uma unidade para dependência química para mulheres, que atualmente, no IPQ, são internadas com as demais pacientes portadoras de outros transtornos psíquicos.

¹⁵ Dados: Serviço de Arquivo Médico (SAME) /IPQ –Setembro/2001.

responsabilidades. Funciona como uma instituição asilar com propostas comunitárias, porém conserva dispositivo institucional de cronificação que estão evidentes no comportamento estereotipado e bizarro dos pacientes, e na forma como as relações internas se estabelecem.

O IPQ, incentivado pelas novas diretrizes e bases de assistência à saúde mental, redefiniu suas propostas de trabalho com a implantação de novos projetos, principalmente na área asilar. A Unidade Ana Teresa, inaugurada em 1987, foi pioneira na proposta de um trabalho alternativo para o doente mental crônico, onde o paciente passou a ser tratado em um ambiente extramanicomial e mais humanizado, onde a subjetividade é preservada e atitudes que visassem o resgate da cidadania dos pacientes, foram paulatinamente implantadas. Cabe assinalar, que esta unidade foi inaugurada antes dos movimentos pela reforma psiquiátrica ganharem destaque dentro do IPQ. Outros trabalhos foram surgindo como a pensão protegida feminina em 1990, a Unidade de Gestão Participativa (UGP) em 1993 e a pensão protegida masculina em 1999, todos com propostas de ressocialização.

A partir de 1997, com a criação do CCS, todas as unidades e projetos para pacientes crônicos e moradores, passaram a fazer parte deste, possuindo uma coordenação própria, onde os pacientes crônicos e asilares de ambos os sexos ocupam uma área comum, com uma proposta mais humanitária e socializante. Abriga a população remanescente do antigo Hospital Colônia Santana, conserva o mesmo aspecto físico da antiga construção com evidentes abalos estruturais, em função do tempo e do descaso das autoridades de saúde. O IPQ enquanto instituição que se destina a tratar e reabilitar o portador de transtorno psíquico¹⁶ precisa modernizar-se e adequar-se de forma a prestar uma assistência digna, capaz de manter a integridade física e emocional de sua clientela, prevenir a cronificação, evitar o hospitalismo, combater a institucionalização e não compactuar com políticas de exclusão que atendam aos interesses de minorias.

É impossível compreender adequadamente uma instituição sem entender o processo histórico em que foi produzida. Passados sessenta anos de criação do Hospital Colônia Santana, foram registradas inúmeras reformas estruturais e físicas, que surgiram em consequência de questionamentos sobre o verdadeiro papel da instituição asilar e do saber psiquiátrico.

Projetos, reformas, denúncias, investimento financeiro e humano, reformas estruturais e ideológicas se sucederam. Muito se fez, muito mudou, mas a realidade ainda esta longe de ser

¹⁶ Portador de transtorno psíquico, termo advindo da Reforma Psiquiátrica, e Sofredor psíquico termo que designa o portador de doença mental pelo Código Internacional de Doenças – OMS 10ª revisão -CID 10- dados adaptados da Classificação Estatística Internacional de Doenças.

ideal. A reabilitação psicossocial que deveria ser principal objetivo da assistência psiquiátrica pressupõe lugares e profissionais adequados promovendo cuidados de caráter ético e humano para as pessoas que deles necessitam, em um ambiente democrático, politizado e humano, com condições adequadas para a reabilitação psicossocial, objetivo verdadeiro do tratamento psiquiátrico.

Porém o que se observa ao longo da história, é que esta instituição cumpriu muito mais uma função segregadora do que de reabilitação biopsicossocial, conservando hoje uma população residual e resistente às intervenções mais acentuadas.

A luta antimanicomial vem buscando reinserir o doente mental na sociedade e devolver-lhe a cidadania usurpada secularmente. Costa et al (2001, p. 3), em *Loucura, Condição Humana e Cidadania*, analisam o processo que se denomina hoje de Reforma Psiquiátrica, e acrescentam:

O movimento da Reforma Psiquiátrica visa antes de tudo, transformar as relações da sociedade com a loucura. Mais do que descobrir soluções estritamente técnicas, esta transformação passa por uma mudança paradigmática na educação e na concepção necessária para uma formação cidadã. As pesquisas históricas têm enfatizado o papel de controle social das instituições psiquiátricas e desvalorizado o papel da família, da cultura e da sociedade. Mais que qualquer outro ramo da medicina, a psiquiatria e suas doutrinas ofereciam à sociedade uma forma científica, neutra e racional de controle de seus elementos desordeiros e ou marginais.

Lutas não faltaram, porém esta mudança de realidade passa por uma transformação profunda de crenças e valores em torno da doença mental e seu sujeito. Respeitar seus direitos, suas limitações e possibilidades, compreender, tratar e não excluir é uma mudança do paradigma segregador para um novo paradigma, inclusivo, comunitário e democrático.

4.2 A Reforma Psiquiátrica no Mundo e no Brasil: re-aprendendo a condição humana

A trajetória dos movimentos operados durante o pós-guerra na Inglaterra (as comunidades terapêuticas), na França (a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor), nos Estados Unidos (psiquiatria comunitária), e mais tardiamente na Itália (a psiquiatria democrática) marcam sócio-

historicamente os referenciais teóricos práticos deste movimento, embasados em transformações das instituições, recuos e conquistas, saberes e dispositivo jurídico, enfim na cultura manicomial.

A remodelação da assistência que se operou nos países ocidentais e no Estados Unidos tem nas duas Grandes Guerras e nos desdobramentos da reestruturação dos países europeus, a redefinição das políticas sociais no Estados Unidos e as suas fontes mais importantes.

A partir de 1990, com a realização da Conferência regional para a reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, em Caracas, inicia-se um movimento mundial com vistas à transformação deste processo.

Datada sócio-historicamente do período do após guerra, a experiência da comunidade terapêutica chama a atenção da sociedade para a deprimente condição dos pacientes institucionalizados em hospitais psiquiátricos.

A segunda Guerra Mundial traz concepções de comunidade terapêutica. Estas juntamente com a utilização da clorpromazina, voltam-se para a modificação dos manicômios e, posteriormente, de outras instituições totais. Seus ganhos são limitados e se enfraquecem na pauta institucional. Na Europa dos anos sessenta, ocorrem grandes movimentos de massa, que desencadearam um despertar os “direitos dos diferentes”.

Na Itália, as lutas sindicais e a Empresa Social dão origem à Psiquiatria Democrática de Basaglia e à Reforma Italiana com sua Lei 180. Este movimento demonstrou forte poder de mobilização política e cultural, valorizando os direitos de cidadania do doente mental, oferecendo-lhes soluções alternativas de tratamento (ROTELLI e AMARANTE, 1992). Surge também a antipsiquiatria, que por estar distante do real, fica somente no discurso. Nos estados Unidos, com seu pragmatismo e conjunturas eleitorais, são criados os centros comunitários e a desospitalização (BARRIENTOS, 1999).

Desde 1961, quando Franco Basaglia, médico psiquiatra assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália, o curso de segregação da história da psiquiatria efetivamente começou a mudar. Basaglia tem sido um dos médicos mais discutidos no mundo em função de seus trabalhos desenvolvidos na Itália.

Portolese et al (In: BASAGLIA, 1979) prefaciando a obra de Basaglia que se tornou um dos referenciais norteadores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, intitulada: Psiquiatria Alternativa (1979), refere que o autor foi professor da Universidade de Padova, onde esteve durante 13 anos e renunciou à carreira acadêmica em 1961. Basaglia ao se referir a este período relata:

Éramos adestrados e condicionados a agir de modo a conservar a ordem social na qual estávamos inseridos. Era nos dado e exercício da violência e incorporar no doente a nossa conduta. O paciente vinha à clínica universitária, espécie de ante-sala do manicômio, incorporava a punição implícita no diagnóstico, era usado como objeto de estudo e depois mandado de volta ao manicômio onde estava sendo destruído (PORTOLESE et al., 1979, p.7).

Baseado em estudos realizados com a experiência de comunidade terapêutica desenvolvida por Maxwell Jones, no Dingleton Hospital na Escócia, começa a se introduzir em Gorizia uma série de transformações. Acaba com as medidas institucionais de contenção, cria condições para reuniões e confrontos entre pessoal médico e os pacientes e devolve ao doente a dignidade de um cidadão, quando abre espaços para que este se reúna com seus companheiros de condição e, através de grupos organizados, influam e decidam sobre a vida institucional a que estavam submetidos.

Da experiência de Gorizia, surge seu livro mais conhecido até hoje: *A instituição negada*, obra-prima que estabelece as relações entre a violência do hospital psiquiátrico e a violência global dos novos sistemas sociais, outra obra referenciada constantemente nos documentos e artigos sobre a Reforma Psiquiátrica.

Em 1968, por problemas políticos e sociais, seu trabalho em Gorizia chega ao fim, e, em 1971, assume o Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste, com 1.101 pacientes internados, e inicia a desativação do manicômio com a gradual reinserção destes em estruturas sociais. No mesmo ano houve uma redução de 202 internos e dos 19 pavilhões existentes, dois foram fechados. Os pacientes com a ajuda da equipe técnica e do conjunto das organizações populares progressistas mobilizaram-se para ocupar o espaço que lhes era devido. Em 1974, como alternativa à destruição do manicômio, surgem no local, três centros de saúde mental voltados para os interesses da saúde e da comunidade.

Atualmente o número de internados que permanecem no local é em torno de 40 pacientes, em um pavilhão destinado à recuperação de quadros agudos, com internação de curta permanência (PORTOLESE et al, In: BASAGLIA, 1979).

Basaglia veio ao Brasil, em 1979, quando um processo de reconstrução democrática se instaurava no país. A classe trabalhadora, após muitos anos de silêncio e sufoco, começa a gritar por direitos de viver dignamente e de se organizar em sindicatos livres, de lutar por melhores salários e desconcentração de renda das mãos da minoria. Os movimentos de trabalhadores chegam na questão saúde, percebida como uma “representação tecnocrata do sistema capitalista

de produção, através da empresa médica, da indústria de remédios e das políticas administrativas dos sistemas de saúde” (AMARANTE, 1995, p.55-56).

Os trabalhadores em saúde mental se mobilizam contra a forma como se organizam os serviços de saúde mental, na medida em que a instituição, da forma como esta organizada, se coloca a serviço da opressão e da tortura, expedientes imprescindíveis para a manutenção dos regimes autoritários.

Naquele momento, o país passava por uma grande inquietação diante de possíveis mudanças na relação entre o Estado e a Sociedade, renunciadas pela Revisão Constitucional de 1993 e pela frustração histórica de suas expectativas por melhorias da qualidade de vida com justiça social (AREJANO, 2001).

Os macros hospitais psiquiátricos e outros micros hospitais particulares, empresas privadas e conveniadas com o INAMPS, passaram a ser alvo na questão do enfrentamento da loucura. De acordo com Ernesto Venturini, diretor de saúde mental de Ímola, na Itália em 1995, “essas instituições conveniadas incentivaram a cronicidade das doenças com o objetivo de lucro. Os custos globais da psiquiatria alcançaram níveis desproporcionais e tem crescido ainda mais, em detrimento de outras necessidades sanitárias prementes no país” (AMARANTE, 1995, p. 55).

Portolese et al., apresentando o primeiro livro em português de Franco Basaglia (1979), faz um breve resumo da vida do autor e refere, que para Basaglia, sua luta.

[...] só foi possível na medida em que a classe trabalhadora, na Itália, abriu espaços políticos para a sua implantação; na medida em que os sindicatos e os partidos políticos de esquerda, identificados com as lutas populares, começaram, através de os seus contatos com a equipe técnica do manicômio, ao tomar consciência das relações entre a política e a saúde, a perceber que o hospício é construído para o controle e a repressão dos trabalhadores que de alguma forma perderam, ainda que temporariamente, a capacidade de responder aos interesses capitalistas de reprodução (PORTOLESE et al., In; BASAGLIA, 1979, p. 8-9).

Basaglia proferiu palestra no Instituto Sedes Sapientiae, de São Paulo em 18 de junho de 1979, sobre a “Psiquiatria como técnica ou elemento de libertação ou opressão” durante a realização do I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental.

Relatando sua experiência em Trieste ressaltou que é difícil estabelecer a diferença dessa divisão bizantina da psiquiatria como técnica de libertação e opressão. “É difícil afirmar que a

psiquiatria por si só, seja um elemento de libertação ou de opressão. Tendencialmente a psiquiatria é sempre opressiva”. O autor traça um paralelo com o surgimento da psiquiatria, e afirma que “ela nasceu como elemento de libertação do homem”. Recorda Pinel, que ficou famoso na história por ter libertado os loucos das prisões, mas infelizmente, após tê-los libertado, colocou-os em outra prisão chamada manicômio, que se constituiu, nas palavras de Basaglia “o calvário dos loucos e ao mesmo tempo a fortuna dos psiquiatras” (BASAGLIA, 1979, p. 13).

Basaglia refere também, que na história da psiquiatria encontramos grandes nomes de psiquiatras, porém no que se refere ao doente mental “só existem denominações ou rótulos de loucos, como histeria, esquizofrenia, mania, astenia, etc, etc...”. (BASAGLIA, 1979, p. 14). Afirma que a história da psiquiatria é a história dos psiquiatras e não a história dos doentes, e que, desde 1700, esse tipo de situação tem amarrado indissolivelmente o doente ao seu médico, criando uma situação de dependência, da qual o doente não mais conseguiu se libertar.

Constata desta forma a psiquiatria como técnica repressiva, com uma história de poderosos, isto é, “a história dos médicos e não dos doentes”, e refere que o “Estado sempre usou para oprimir os doentes pobres, isto é, a classe operária que não produz” (BASAGLIA, 1979, p. 14).

No Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, desprende-se que uma luta pela transformação do sistema de atenção à saúde esta vinculada à luta dos demais setores sociais em busca da democracia plena e demais associações representativas articuladas com os movimentos sociais. “No relatório final, aponta-se para a necessidade de uma organização que vise a maior participação dos técnicos nas decisões dos órgãos responsáveis pela fixação das políticas nacionais de saúde mental” (AMARANTE, 1995, p. 55).

Outras questões como críticas ao modelo asilar, diretrizes e suportes teóricos para alterar a assistência psiquiátrica geraram discussões importantes neste evento histórico, e, em novembro deste mesmo ano (1979), ocorre em Belo Horizonte, o II Congresso Mineiro de Psiquiatria. Neste, os debates giravam em torno do levantamento da realidade assistencial e dos planos de reformulação propostos pelo governo e pelo INAMPS. Outros eventos e manifestos de grupos de direitos humanos e Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTST) foram se sucedendo, até a constituição de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional, para apurar as distorções na assistência psiquiátrica no Brasil, bem como, rever a legislação penal e civil pertinente ao doente mental. Tinha ainda como objetivo, vincular, organicamente, a luta da saúde aos movimentos populares, que lutam não só pela liberdade de

organização e participação políticas, como também pela democratização da ordem econômica e social.

Amarante (1995) refere que o MTST participa marcadamente desta trajetória, estabelecendo críticas ao modelo assistencial e retomando as questões trabalhistas. O movimento de trabalhadores refere-se ao modelo como “ineficiente, cronificador e estigmatizante em relação à saúde mental” e os anos 80 e 90 são marcados pelo surgimento de várias experiências inovadoras na assistência em saúde mental no País.

Da perspectiva teórica propõe-se, como alternativa à psiquiatria tradicional, clássica, do ponto de vista das políticas públicas, que emerge como resultante de uma preocupação do estado como redução dos custos com a assistência psiquiátrica. Busca-se abolir os referenciais que orientavam a psiquiatria clássica, surgindo no seu lugar:

1. Um novo objeto – a saúde mental;
2. Um novo objetivo – a prevenção da doença mental;
3. Um novo sujeito de tratamento – a coletividade;
4. Um novo agente profissional – as equipes comunitárias;
5. Um novo espaço de tratamento – a comunidade; e finalmente,
6. Uma nova concepção da personalidade, fundada na noção de indivíduo como unidade biopsicossocial (COSTA, 1989, p. 24).

São estruturados centros comunitários de saúde mental, iniciando-se uma política de redução das internações. É a chamada desinstitucionalização (termo empregado pelos americanos para fazer referência a sua política de desospitalização) que, em sua face mais perversa, deixou muitos pacientes desassistidos, projetando muitos deles na miséria.

Pode-se considerar que as políticas de saúde mental implementada nos EUA, França e Inglaterra ampliaram a rede de serviços assistenciais externos ao hospital, deslocando-se a ênfase posta neste, embora não tenham alterado significativamente o número de pacientes asilados.

Assim são criadas ou repensadas novas possibilidades assistenciais de peso, tanto nos hospitais como nas comunidades. Em 1989, os trabalhadores em saúde mental, no Congresso de Bauru, assumem o lema “Por uma sociedade sem manicômios” que mobilizou o deputado Paulo Delgado para a elaboração do Projeto-Lei Nº 08/91. Este projeto previa a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e representava o resultado da luta destes trabalhadores e de outros segmentos da sociedade.

A partir de 1990, com a realização da Conferência regional para a reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, em Caracas, inicia-se um movimento mundial com vistas à transformação deste processo. A Conferência designada de “Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina (CARACAS-Venezuela - de 11 a 14 de novembro de 1990), foi adotada por aclamação, finalizando com o chamamento de vários segmentos da sociedade”:

Aos Ministérios de Saúde e de Justiça, aos parlamentos, sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviço, as organizações profissionais, as associações de usuários, as universidades e outros centros de treinamento, e os meios de comunicação, com o objetivo de apoiar a Reestruturação da atenção psiquiátrica, assegurando assim o êxito no seu desenvolvimento para o benefício da população da Região (SANTOS, 1995, p.173).

À medida que a realização da Reforma está na dependência de conjunturas locais e de possibilidades concretas, os países signatários dessa declaração poderiam ou não vir a cumprir aquilo que foi assinado por seus representantes na “Declaração de Caracas” e no “Projeto Lei de Paulo Delgado”. Porém, por meio de lutas, mesmo antes de essas menções assumirem o caráter obrigatório de Lei, os trabalhadores de saúde mental, na sua prática cotidiana, nos micros espaços de trabalho iniciam a implantação progressiva de modalidades diferenciadas de assistência sob uma nova visão do cuidado, trabalhando nos espaços intra e extra hospitalares, combatendo a violência, discriminação e segregação.

Enfim, a continuidade e persistência dos ideais antimanicomiais, foram as demonstrações de que muito mais do que lei é preciso uma mudança paradigmática.

Em 06 de abril de 2001, o projeto de Lei de Paulo Delgado foi transformado na Lei Nº 10.216, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (anexo C).

Este novo modelo prevê assistência ambulatorial e um enfoque hospitalar voltado para os hospitais gerais, com internações de curta permanência, combatendo desta forma a discriminação e a segregação social. Instaura-se a partir desta lei, uma política baseada em ideais antimanicomiais, contrariando toda uma história segregadora da psiquiatria clássica.

Nesta reflexão, não podemos deixar de considerar que este fato não é exatamente novo. A psiquiatria tem sido uma repetição incansável entre os fundamentos da razão alienista e tentativa pouco eficaz de ruptura com esta prática, com muitos discursos de pretensão de reforma com práticas antimanicomiais.

Morin (2000, p. 15), em sua obra “Os sete saberes necessários à educação do futuro”, anuncia que a condição humana deve ser objeto de todo o ensino. O autor afirma que “a unidade e a complexidade humana, reunindo e organizando conhecimentos dispersos nas ciências da natureza, nas ciências humanas, na literatura e na filosofia, põe em evidência o elo indissolúvel entre a unidade e a diversidade de tudo o que é humano”. Essa evolução decorre de uma nova forma de pensar sobre a complexidade da natureza humana e na totalidade de sua condição física, biológica, psíquica, cultural, social e histórica.

Ver o humano no indivíduo que se comporta muitas vezes de forma estereotipada e bizarra implica em compreender esta condição humana contraditória e complexa e, assim mesmo, cuidá-lo e não excluí-lo.

Interrogar esta condição humana implica em questionar o antigo paradigma cartesiano e a psiquiatrização da doença mental que levou a institucionalização, medicalização e toda fragmentação determinada por esta visão da realidade (COSTA, KOERICH; MACHADO, 2001, p. 5).

Nos pressupostos da Reforma psiquiátrica está incluído o desmantelamento de todo um paradigma perverso construído em torno do objeto da doença mental, com a conseqüente “re-construção” da complexidade do fenômeno existência-sofrimento, que implica na invenção de novas formas de lidar com os objetos complexos.

Amarante e Rotelli (1995) referem como a “desospitalização” se desenvolveu em alguns países, e que este termo foi entendido como a destruição dos hospitais psiquiátricos:

A ilusão de que o hospital psiquiátrico torna-se obsoleto pela simples implantação de uma rede de serviços assistências “extra hospitalares”, ou aquela outra de que pode humanizar-se e torna-se terapêutico com a modernização técnica e administrativa, já não devem contaminar-nos mais. Por isso, desconstrução não é o mesmo que destruição do hospital, mas a superação do aparato manicomial, o que diz respeito as rupturas dos paradigmas que fundamentam e autorizam a instituição psiquiátrica clássica, os paradigmas clínicos e racionalistas de causa e efeito, que produziram o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referencia cultural e de relações de poder estruturado em torno de um objeto bem preciso: ‘a doença’, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto “periculosidade” (AMARANTE E ROTELLI, 1995. P. 52).

4.3 A Enfermagem Psiquiátrica: desafios do cuidado

Acompanhando os movimentos de transformação da psiquiatria, a enfermagem psiquiátrica sofre também transformações, passando de uma assistência caracteristicamente custodial, asilar e de controle para uma visão mais humanizada, privilegiando o relacionamento inter-terapêutico e a ampliação do campo de conhecimento, com a visão humanizada da assistência voltada para a condição cidadã.

De acordo com Fraga (1993, p. 19) “a prática da enfermagem psiquiátrica, tem um caráter histórico, é, portanto dinâmico. Sua compreensão não é simples e nunca chega a ser completa, pois a realidade é sempre mais rica do que qualquer forma de representa-la ou estuda-la”.

Miranda (1994, p.116) refere que o que conhecemos da prática assistencial de enfermagem psiquiátrica é “o total descaso e um descompromisso indiferente para o cliente, protegido sob o escudo tarefeiro de reproduzir o saber médico, ao se dar a medicação prescrita. No mais, e às vezes, é lavar, vestir, alimentar e dar uma cama para dormir”. Assinala que:

A enfermagem psiquiátrica não veio para atender a uma melhoria na assistência ao louco, mas para viabilizar as possibilidades concretas de o discurso psiquiátrico tornar-se científico, em consonância com o papel tradicionalmente desempenhado pela enfermeira: o de preparar o corpo do paciente para que outros profissionais produzam seus saberes (MIRANDA, 1994, p.116).

De acordo com Tavares (1999, p.22) “a inserção da enfermagem na psiquiatria brasileira deu-se com a criação do Hospital D. Pedro II”. Segundo a autora, a enfermagem psiquiátrica brasileira não se desenvolveu na direção da construção de seu próprio estatuto científico; ela nasceu no hospício.

Historicamente, na área de psiquiatria, os trabalhadores de enfermagem foram pessoas sem formação, procedentes de vários locais, sem nenhum preparo para a função à exercer. Esta situação obviamente não se limita à saúde mental, visto que este fato se repete historicamente em todos segmentos de atuação da enfermagem, porém na psiquiatria, provavelmente pela desvalorização do “louco”, esta situação tornou-se mais grave (TAVARES, 1992).

O cuidado, neste caso, resumia-se à vigilância e à repressão dos comportamentos inaceitáveis. Sozinhos em contato com a “loucura”, sem formação e sem supervisão, esses trabalhadores exerciam, por vezes crueldades, numa relação de poder e subalternidade com os doentes, impondo-lhes maus tratos, o que marcou negativamente a enfermagem psiquiátrica.

Centrada no modelo biomédico vigente, a assistência de enfermagem se resumia num fazer que consistia em alimentar, medicar, higienizar e controlar além de participar da aplicação de diversos tratamentos desumanos. Os trabalhadores de enfermagem tiveram também um importante papel na contenção da loucura, segurando o paciente com ataduras e camisas de força e encerrando-os em celas. Esses profissionais, que recebiam pouca ou nenhuma informação de enfermagem psiquiátrica, chegavam às instituições, normalmente, sem orientação formal, eram introduzidos no cotidiano da assistência, aprendendo a lidar com o desconhecido e com o imprevisto. Espelhavam-se no fazer dos outros e repetiam sem questionar o fazer da enfermagem, que normalmente tem sido condicionado pelas crenças que se têm acerca da doença mental, fundamentados no paradigma predominantemente manicomial (ROCHA, 1994).

Rocha (1994, p. 54) aponta que “na divisão do trabalho hospitalar o saber sobre os cuidados aos doentes concentra-se em um certo número de profissionais, sendo excluída dos trabalhadores de nível médio a possibilidade de reflexão sobre a sua prática; assim sendo, seu papel é executar como autômatos, as decisões daqueles”.

As transformações têm ocorrido apenas no discurso, na teoria, mas a práxis deixa muito a desejar. A Enfermagem neste aspecto, pouco participa do discurso. Isto de certa forma relaciona-se com a escola que não tem tido um papel transformador apesar da mudança nos programas de Enfermagem Psiquiátrica desde 1975 (ROCHA, 1994).

No entanto, de acordo com Fenili (1999) a Enfermagem Psiquiátrica vem se modificando junto com as transformações da psiquiatria, e citando Rocha mostra que conceitos, mais influenciados pela psiquiatria social, dão ênfase ao relacionamento com o paciente, individualmente, à manutenção do ambiente terapêutico e à ampliação do campo da enfermagem para o contato com o paciente, família e comunidade.

Outros autores caracterizam a enfermagem psiquiátrica, entre eles, Taylor (1992, p.55), que a refere como “um processo onde a enfermeira ajuda 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”.

Irving (1979, p.2), define a enfermagem psiquiátrica com “um processo de comunicação humana que envolve duas pessoas, a enfermeira e o paciente, e seu relacionamento, a soma das interações”.

De acordo com Fenili (1999), para se prestar assistência psiquiátrica, é necessário se tornar disponível, pois do contrário ela não se objetivará.

Sem um processo interpessoal a relação que se estabelecerá não será ativa, mas passiva, ou na verdade, não ocorrerá. Não poderá haver mão única. O ir e vir tem que ser permitido, estabelecido. Somente cumprir funções não é algo tão difícil, mas, em determinados momentos, despojar-se de tantos conceitos, pré-conceitos, posturas, comportamentos, já tão arraigados, aí não é nada fácil. Permitir o envolvimento, ter clareza das convicções e ser agente ativo dessa relação é imprescindível nessa prática profissional (FENILI, 1999, p. 44).

A autora, no entanto, acrescenta que “estão se realizando muitos encontros específicos nessa área, abrindo espaços para reflexão sobre o pensar e o agir dos profissionais, tanto os da docência quanto os da assistência”, evidenciando um otimismo frente às possíveis transformações que venham a ocorrer na assistência de enfermagem psiquiátrica.

Atualmente por exigência legal, os profissionais de enfermagem devem ter a formação específica na área da saúde, e segundo a lei do exercício profissional¹⁷, que “Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem”, os atendentes de enfermagem que não se profissionalizarem se extinguirão do quadro. Por outro lado aumentou, embora que timidamente, o número de enfermeiras e outros profissionais com formação específica nos hospitais psiquiátricos, fator que vem contribuindo para que ocorra uma luta em prol desta minoria excluída da sociedade que se encontra nos Hospitais Psiquiátricos.

Fagundes (In: BEZERRA e AMARANTE, 1992, p. 63) refere que “a força de trabalho e saúde mental é constituída por pessoas e não por recursos humanos”. Coloca em evidencia a importância da capacitação de pessoas e não de treinamento para os profissionais que atuam em psiquiatria. Define a capacitação com “um processo no sentido da socialização do saber e da identificação de ignorâncias”. A autora enfatiza ainda a importância da organização do trabalho e modos de atenção e refere que “o vínculo do trabalhador, enquanto cidadão e profissional, é com pessoas”. A relação funcionário-doença deve ser rompida e transformada, e sugere formas mais democráticas e criativas com o objetivo de tornar cada vez mais complexa a rede de vínculos e de alternativas sociais, políticas e culturais das parcelas excluídas da população.

A exploração da imaginação criadora dos profissionais de enfermagem psiquiátrica propõe um referencial dinâmico para a enfermagem destacando o valor da criatividade na prática

terapêutica estando representado num referencial advindo da Reforma Psiquiátrica, voltada para o ser humano/cidadão.

¹⁷ Lei do exercício profissional. Lei Nº 7498 de 25 de junho de 1986 (BRASIL, COREN, 1997).

Há anos vem se discutindo e combatendo o papel alienante das instituições psiquiátricas, o que torna imperativo a necessidade de quebra da “estereotipia” deste atendimento, que tem nas diversas formas de lidar com o sofredor psíquico, toda a fragmentação do cuidado embasado no antigo paradigma cartesiano que fundamentou o processo saúde/doença (FRAGA, 1998,).

O respeito aos direitos dos doentes é historicamente negligenciado na assistência tradicional. A instituição psiquiátrica desenraiza o sujeito, separando-o de sua família e comunidade, restringe seu espaço de circulação, interferindo em sua liberdade social desrespeitando sua cidadania.

Neste sentido há necessidade de se buscar uma nova perspectiva para modificar o que vem acontecendo no espaço intra-hospitalar, e é neste contexto que a enfermagem deve atuar como uma mola propulsora, no sentido de fazer do sofredor psíquico um ser humano na esfera exata da palavra, considerando a sua condição de cidadão.

A definição do papel da enfermeira e especialmente da enfermeira psiquiátrica é hoje, vivida de forma paradoxal. De um lado as mesmas procuram diversificar seu saber, definindo suas funções terapêuticas, de outro lado assumem cotidianamente funções meramente administrativas e de supervisão. Embora este trabalho não esteja concentrado na intenção de definir o papel da enfermeira psiquiátrica, procuro enfatizar também o valor desta profissional pelo seu potencial inovador, questionador e transformador.

Questionando a fundamentação da prática de enfermagem psiquiátrica, a violência sutil que invade o cuidar ao doente mental, é necessário desenvolver nos indivíduos uma forma humanizada de cuidado, restaurando, no processo de cuidar, as discontinuidades impostas pela instituição da loucura, gerando práticas que reafirmem os direitos humanos dos portadores de transtornos psíquicos e contribuam para sua autonomia.

A nova concepção do tratamento em psiquiatria descarta a “solução cura” propondo em contrapartida um “ocupar-se com o paciente”, evitando o abandono a si mesmo. Este se ocupar não é entendido como ocupação do tempo ocioso, sem qualquer peso terapêutico. Nele o desenvolvimento do papel da enfermeira, como dos demais profissionais da equipe de saúde mental, não se limita apenas a uma técnica que se afirma numa ciência básica.

A nova concepção do tratamento em psiquiatria aponta para uma capacidade de invenção de coordenadas mutantes de engendramento de qualidades de ser inéditas, que respeitem as exigências de uma apreensão pática¹⁸ implícita no contato com a loucura (GUATARI, 1992),

Reitera-se o valor da interdisciplinaridade no processo de cuidado, posto que a construção do saber não se dá de forma isolada. O trabalho no campo psiquiátrico depende da capacidade dos profissionais de se organizarem em equipe para cuidarem de forma criativa das demandas singulares do paciente. Isso exige o respeito às diferentes formas de crença e saber presente no campo institucional, incluindo-se os dos auxiliares de enfermagem, funcionários administrativos, entre outros (TAVARES, 1999).

4.4 O Cuidado: um novo paradigma para a Saúde Mental

A enfermagem desenvolvida nos serviços de saúde e a enfermagem acadêmica vêm atualmente despertando maior interesse sobre o cuidado. Parecia ser um termo claro nesta profissão, porém a modernidade e as transformações paradigmáticas nas ciências modernas traz novos significados para o cuidado, tratamento e cura, os quais vem assumindo novos padrões.

O cuidado na sociedade moderna assume uma nova complexidade em função da disponibilidade de tecnologia no século XXI e na desvalorização/valorização do ser humano. Engloba aspectos culturais, sociais, políticos estruturais, ambientais e humanísticos e tem sido utilizado em diversas profissões para denominar a atividade profissional inerentes a cada grupo. O cuidado é prestado por todos, em várias modalidades profissionais, em diversos níveis assistenciais, mas constitui a essência da enfermagem.

Para Tavares (1992) o cuidado sempre existiu, desde os primórdios, não pertencendo à um ofício ou profissão, nem a um gênero específico. Homens e mulheres esforçavam-se para assegurar quotidianamente a satisfação das necessidades vitais da espécie. Com o nascimento da clínica, desvalorizou-se outras formas milenares de manutenção da vida e o cuidar passou a ser considerado na perspectiva do binômio saúde/doença, e o médico o único especialista capaz de realizar os cuidados científicos e curativos.

Collière citada por Tavares (1999) ressalta que a prática do cuidado inicialmente se identifica com o fazer feminino, desde tempos remotos, até os dias atuais. A profissionalização

¹⁸ Modalidade de percepção artística que conjuga percepção visual e sensação (Guatari, 1992).

do cuidado de enfermagem se deu com a sistematização do saber de enfermagem a partir de Florence Nightingale, em meados do século XI. Assumindo uma visão vitalística, dinâmica e holística da saúde, proclama a saúde como equilíbrio das forças vitais, a natureza como força curativa e a doença como reação do organismo que busca um ponto de equilíbrio; o saneamento ambiental e a higiene individual como medidas profiláticas; o homem como força de trabalho no capitalismo industrial; a enfermagem como profissão apropriada à parcela feminina da raça humana.

Peplau foi a primeira enfermeira a publicar uma teoria após Florence. Em seu livro, “Interpersonal Relations in Nursing”, ela descreve o processo de relacionamento interpessoal como “sendo uma força que leva ao crescimento da enfermeira e do cliente e discute métodos para o estudo da enfermagem como um processo interpessoal” (PEPLAU, 1952. p. 235). É conhecida como a “enfermeira do século” e “mãe da enfermagem psiquiátrica” pois, seus principais trabalhos teóricos e clínicos foram desenvolvidos em diversos campos da enfermagem psiquiátrica.

Hildegard Peplau criou um marco conceitual teórico no qual as enfermeiras poderiam sistematizar os cuidados que prestavam, em particular, no campo da enfermagem em saúde mental. Sua teoria está centrada na importância da relação enfermeira paciente e suas idéias acerca da enfermagem são originadas nos conceitos de desenvolvimento de habilidades pessoais e interpessoais e na teoria da aprendizagem. Todo o trabalho da vida de Peplau teve como foco a teoria interpessoal de Harry Stack Sullivan e em aspectos importantes da psicologia de Erich Fromm e Frieda Fromm-Reichmann, Maslow e Sigmund Freud.

Peplau considerou a doença como uma potencial experiência de aprendizagem. Através da evolução de uma boa relação entre a enfermeira e o paciente ambos podem desenvolver-se e crescer mais como pessoas. Afirmou que para as enfermeiras conseguirem prestar cuidados eficazes necessitam desenvolver-se e amadurecer como pessoas. Desta forma o paciente também teria uma oportunidade maior de aprendizado sobre sua doença e sobre si mesmo e, uma vez que se tenha alcançado este estágio, o paciente poderia controlar seus sentimentos e ações em relação a seus problemas de saúde (GEORGE, 1993). Sua teoria tem grande aceitação até os nossos dias e suas hipóteses vêm sendo comprovadas, principalmente nos trabalhos da enfermagem psiquiátrica.

Rogers (1970) acredita que o uso criativo e imaginativo do conhecimento encontra expressão na arte da enfermagem, cujo objetivo é assistir as pessoas para atingirem seu potencial máximo de saúde. A autora não utiliza a expressão cuidado para referir-se à prática da

enfermagem; emprega o termo assistir, que em sua teoria significa estar presente junto ao outro para ajuda-lo e confortá-lo. A autora enfatiza a criatividade e a imaginação para que a enfermeira possa dar apoio a variações no processo vital do ser humano, vindo a transformá-lo, se necessário. Apresenta cinco suposições básicas, que se mantêm coerentes com esta perspectiva do cuidar, quais sejam: 1) o ser humano é um todo unificado; 2) o indivíduo e o ambiente encontram-se em intercambio contínuo; 3) o processo vital dos seres humanos ao longo de um continuum de tempo e espaço; padrões intensificam os seres humanos e refletem seu todo inovador; 5) o individuo caracteriza-se pela capacidade de abstração e imaginação, linguagem e pensamento, sensação e emoção.

Dorotéa Orem (1985), outra teórica de enfermagem, propõe o autocuidado para pacientes a partir do papel educador da enfermeira. Propõe um conceito de autocuidado iniciando o caminho para a promoção da autonomia do paciente em relação aos cuidados com a sua saúde. Demonstrou que muitos cuidados prestados pela enfermeira podem ser desenvolvidos pelos pacientes e seus familiares se a eles forem ensinados, ampliando os espaços de negociação e desinstitucionalização da prática da enfermagem, iniciando a desmistificação do poder da enfermagem em compartilhar e disseminar o seu saber.

De acordo com Waldow (1992, p. 29) o enfoque das teorias de enfermagem ao cuidado teve seu início em meados de 1970, através do trabalho de Leininger (1978, 1981) e sua Teoria Transcultural do Cuidado. A autora refere que Leininger identificou construtos de cuidados e apresentou a diferença entre cuidado no sentido genérico, cuidado profissional e cuidado profissional de enfermagem. Foi seguida nesta caminhada pelos trabalhos de Watson (1979, 1985) e logo a seguir, o enfoque no cuidado “encontrou eco por parte da comunidade de enfermagem” e pode ser evidenciado pelos trabalhos de vários autores. Acrescenta ainda, que vários encontros têm se sucedido sob a responsabilidade e patrocínio da Associação Internacional para o Cuidado Humano, com o objetivo de discutir a prática e a teoria do cuidado.

Para Waldow (1992, p. 29) o cuidado como fonte e base para o conhecimento de enfermagem, “passa inicialmente de uma abordagem filosófica e epistemológica a ser um imperativo ético e moral. Ademais, de uma abordagem teórica e exploratória, o cuidado passa a fazer parte da prática, da pesquisa e do ensino da enfermagem”.

Silva (1997) desenvolve um trabalho teórico-filosófico sobre o cuidado, promovendo o rompimento com os modelos tradicionais de cuidar, na “medida em que ele se propõe dirigir um novo olhar para a realidade”. Assinala que a enfermagem vem se destacando nas últimas décadas em conceituar e estudar o cuidado.

As definições de cuidado têm abrangido tanto a concreta função do fazer, como as formas de conhecimento, as formas de investigação como as formas de ser; o cuidado tem se ligado às formas transcultural, bem como a uma abordagem feminina em direção ao conhecimento e desenvolvimento de novas formas de consciência (SILVA, 1997, p. 24).

Assinala que este tema tem sido abordado na literatura de enfermagem de diversas especialidades, das quais destaco o ensino, pois considero o cuidado um conteúdo a ser ensinado e aprendido. Apresenta um paradigma emergente que denomina de “Cuidado transdimensional” que é analisado por meio de abordagens teórico –filosóficas complexas, que leva a este novo paradigma. Segundo a autora o cuidado transdimensional “amplia a perspectiva de ação do cuidado para além do processo saúde–doença, tendo como ênfase a vida em suas mais diversificadas formas de expressão” (SILVA, 1997, p. 25).

Arruda e Silva (1998.p.12) prefaciando uma coletânea de textos sobre o cuidado¹⁹ assinalam que “a inspiração filosófica que orientou este encontro foi a crença de que o cuidado e o conforto são fundamentais para níveis crescentes de qualidade de vida humano-planetária, sendo assim uma perspectiva importante para a enfermagem no terceiro milênio”.

Erdmann (1998) aborda a organização dos sistemas de cuidado de enfermagem nas suas relações, interações e associações. O cuidado é focalizado em dimensões variadas e em espaços, momentos, estruturas e propriedades múltiplas. Assinala que o cuidado está nos mecanismos de sobrevivência dos seres da natureza e pode-se visualizar dimensões diversas do mesmo. A autora refere que a idéia de sistemas de cuidados passa por uma visão “abrangente e multifacetada”, ora se configurando como atividade básica da enfermagem, ora um encadeamento de medidas assistenciais, administrativas e legais dos diferentes sistemas sociais. Refere que:

O cuidado humano pode ser visto como polifuncional e polivalente, extrapolando a funcionalidade objetiva de seus efeitos nos limites da possibilidade da constatação. O cuidado como elemento intrínseco à relação pessoa-pessoa e está presente na vida humana, no seu processo vital, nas condições naturais e sociais do pré-conceber, nascer, crescer, desenvolver, envelhecer e morrer/transcender (ERDMANN, 1998, p. 60).

¹⁹ Resultado de trabalhos de pesquisadores da região sul de Santa Catarina no I Encontro Brasileiro de Cuidado e Conforto em enfermagem, realizado em Itapema em 1996.

Considero que o cuidado em enfermagem psiquiátrica tem alguma especificidade que difere do cuidado da enfermagem generalista, que é instruído para atender as necessidades biopsicossociais do paciente. Na enfermagem psiquiátrica, o principal, senão o único instrumento utilizado, é o conhecimento específico e a habilidade do próprio profissional em multiplicar em seu campo de atuação uma tecnologia de sensibilidade. Em razão desta situação, ele necessita ser um profissional com um desenvolvimento pessoal mais completo, com uma compreensão especial da mente humana e conhecimento capaz de estabelecer relacionamentos terapêuticos saudáveis, produzindo novas possibilidades de reabilitação psicossocial.

Neste sentido, concordo com Peplau (1952) que propõe uma sistematização do cuidado por meio do desenvolvimento de relações interpessoais entre o cliente e o profissional.

Para Miranda (1999, p.3) cuidar em enfermagem psiquiátrica é,

à priori, acolher o sujeito que se comporta de forma diferente, mover-se com ele no cotidiano, interagir, possibilitando alternativas de expressão da sua produção psíquica. Construimos essas alternativas com ele, quando o sujeito do cuidado tem condições mínimas para iniciar um movimento de participação; nesse caso, o papel do cuidador é o de acolher a demanda e estimular variadas formas de expressão. Construimos para ele quando esse sujeito encontra-se impossibilitado de garantir o cotidiano da vida.

Rogers (1970) sugere o uso criativo e imaginativo do conhecimento na arte de enfermagem, e, Oren (1985), propõe o ensino do auto-cuidado como alternativa para a independização do cliente. Waldow (1992) defende uma abordagem filosófica e epistemológica para o cuidado, como um imperativo ético e moral, e Silva (1997), rompe com os modelos tradicionais e propõe um cuidado transdimensional abrangendo todas as formas de investigação do ser, enquanto Erdmann (1998), refere que cuidado extrapola as medidas assistenciais, configurando as medidas administrativas e legais como cuidado.

O cuidado prestado ao doente mental sempre gerou controvérsias. Da idéia de “curabilidade da doença mental”, introduzida por Phillippe Pinel (1745-1826), que a eleva à categoria de doença, até os dias atuais, a busca da cura da loucura a qualquer preço, introduziu os mais variados tipos de pesquisas e tratamentos.

O que fazer com as pessoas acometidas por doença mental tem sido uma preocupação constante, porém a resposta para estas questões, mediada pelo desconhecimento, incerteza, medo e cultura reinante, tem sido a de descartar, asilar e aniquilar sua existência.

Como mostra Miranda (1994, p.116) a enfermagem psiquiátrica não foi criada para atender a um investimento na melhoria da assistência ao louco, mas como uma força aliada aos interesses do estado republicano e de um grupo de médicos da elite, que almejava o poder institucional, utilizando para isto o discurso científico.

Com a crítica ao modelo tradicional de atendimento ao portador de transtorno psíquico, faz-se necessário conjugar o verbo cuidar com a reforma psiquiátrica, modificando qualificativamente a assistência prestada nos hospitais psiquiátricos, incrementando novos projetos para o atendimento aos pacientes considerados graves, conjugando no mesmo espaço, o tratamento e a reabilitação biopsicossocial e consolidando os cuidados a partir da subjetividade, da ética e da humanização.

Tavares (1999, p. 24) refere que o processo de cuidar “implicaria em sensibilizar nossa escuta, desanestesiarmos nossos sentidos, desarticular nosso raciocínio, a fim de concebermos e possibilitarmos a emergência de novos modos de existência, novos modos de subjetivação”. Nesse sentido, citando Guatari (1992), a autora fala da arte, do som, do ritmo, da poesia ou qualquer outra forma de expressão artística, como possibilidade de “inventar novos sentidos, criar outros territórios onde o indivisível passa a ser expresso, onde o invisível possa ser tocado, onde o que chamamos de delírio e alucinação possa ganhar consistência, saindo do plano real para o virtual”. Coloca todos os profissionais de saúde mental, na posição de aprendizes, “não só de uma forma de nos relacionarmos com os loucos, mas, sobretudo com nós mesmos e com a sociedade” (TAVARES, 1999, p. 25).

O manicômio, segundo Basaglia (1979) é uma instituição da violência e exclusão, onde é nítida a divisão entre o poder e não poder, que se transforma em opressão ao paciente. Basaglia mostra que os degraus de aplicação dessa violência dependerão da necessidade que tem aquele que detém o poder de ocultá-lo ou disfarçá-lo.

Por sua vez, os serviços alternativos ao hospício muitas vezes reproduzem, no âmbito das relações, o manicômio mental. Qualquer mudança que se proponha nesse campo institucional deve passar antes pelos espaços da intimidade, do que por aparatos técnicos e arquitetônicos. Precisamos desconstruir nossos manicômios interiores para nos colocar satisfatoriamente frente à imensidão do ser que demanda cuidados para viver com dignidade e acolhimento o seu sofrimento. Nestas condições, concordo com Tavares quando refere:

Compreendo que o papel da enfermeira psiquiátrica como cuidadora toca a especificidade do ser humano em toda a sua complexidade: interior, social,

cósmica, contemplando sua forma de existência, abrangendo sua potência e mistério. Por conseguinte, para cuidar devemos buscar a essência da pessoa, que jamais adoece; compreender o sentido de seu sintoma, escutando sua dor sem repreensão, resgatando sua inteireza. Assim, talvez, a enfermeira possa ser uma poetiza ou uma cientista viajante da imensidão humana (TAVARES, 1992, p. 5).

5 O REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Neste capítulo, apresento o referencial teórico metodológico adotado, bem como minha visão de mundo e os conceitos que guiaram toda a construção deste trabalho. Estes conceitos estão intrinsecamente interligados para a compreensão da realidade do estudo que se constituiu no relato crítico de uma prática assistencial voltada para a transformação de um processo de trabalho mais humanizado.

De acordo com Moré (2000, p. 11) a organização dos aspectos teóricos de um estudo, constitui-se em “pilares importantes para a fundamentação, delimitação e argumentação das nossas ações”.

Os pressupostos teóricos orientam a forma como nos relacionamos com a realidade, guiam nossas ações, fundamentam nossos pensamentos e orientam nosso comportamento. Watson (1988) define teoria como um agrupamento imaginativo do conhecimento, idéias e experiências representadas simbolicamente e que buscam esclarecer um dado fenômeno.

De acordo com Estima (2000, p. 23) “a utilização de modelos conceituais e teorias na prática profissional possibilitam a consolidação da prática, servem de estrutura de referência para orientar a educação, prática e pesquisa e, especificam a missão social da profissão”.

Silva e Arruda (1993) referem que o marco referencial é definido como um conjunto de conceitos e pressuposições. Estes são derivados de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem e de outras áreas de conhecimento. No caso do presente estudo, utilizei a Pedagogia Libertadora de Paulo Freire e a Metodologia Problematizadora como diretriz para a prática.

Os conceitos e pressupostos apresentados neste capítulo foram construídos subsidiados pelas concepções humanistas da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, pois vem ao encontro das minhas crenças e de minha evolução na história de vida profissional e particular, e muito tem contribuído para ampliar minha compreensão do ser humano.

5.1 A Pedagogia Libertadora de Paulo Freire e a Metodologia Problematicadora

Para implementar este projeto assistencial na área de saúde mental, utilizei a metodologia problematicadora, a partir dos pressupostos de Paulo Freire. Esta escolha se deu por acreditar que estes iriam contribuir na minha proposta assistencial, de forma a reforçar meu papel como enfermeira e agente facilitadora, promovendo um desvelar crítico da equipe de trabalho, na construção e manutenção do ambiente terapêutico, e humanizando o cuidado aos portadores de transtorno psíquico.

A metodologia problematicadora tem por objetivo, aumentar a capacidade do educando em se tornar um participante e um agente de transformação social, desenvolver neste, a capacidade de observar a realidade imediata ou circundante, detectar todos os recursos disponíveis e encontrar formas de organização do trabalho e da ação coletiva (Bordenave, In: Brasil, 1994).

Minha prática acadêmica de modo geral guiou-me a uma forma de aprender historicamente tradicionalista. O professor era o dono do saber, autoritário, direcionando a aprendizagem de acordo com um planejamento previamente organizado e determinado. Esta prática aprendida era por nós reproduzida em todos os setores de trabalho seja na assistência hospitalar, no ensino ou na administração de serviços.

Gadotti, (1989), Gonzaga (1994), Saupe (1998), Reibnitz (1998) e Gandin (1999) dentre outros autores que trabalham com educação reconhecem Paulo Freire como percussor de um processo pedagógico libertador. Libertador porque conhecer é cognoscível e implica também em consciência crítica deste, e acrescenta que Paulo Freire procura mostrar o papel político que a educação pode vir a desempenhar, e desempenha sempre na construção de uma sociedade, aberta. Esta construção, no entanto, não poderá ser conduzida pelas elites dominantes, incapazes de oferecer as bases de uma política de reformas, mas apenas pelas massas populares, que são a única forma de operar mudanças.

Gadotti et al (1995) referem que Paulo Freire evidencia, nesta sociedade de diferenças, os que oprimem e os que são oprimidos. Propõe sua pedagogia aos que são oprimidos, como itinerário em busca da consciência da classe oprimida que “hospeda” em si a consciência de opressor. Mediante a educação problematizadora, busca a transformação desta realidade, através da consciência articulada com a práxis desafiadora e transformadora, não prescindindo a essa consciência o diálogo crítico, a fala, a vivência.

A construção de sua Teoria Pedagógica Libertadora remete-nos a uma imagem na qual a relação pedagógica se dá na interação entre o sujeito cognoscente, e o objeto cognoscível. Numa relação em que o educador é uma mera interposição entre sujeito e objeto, mas uma relação tríplice de mão dupla entre educador/sujeito, educador/objeto e sujeito/objeto. Nessa relação o educando e o educador remetem-se à problematização do objeto na tentativa de sua análise e transformação. Como educador, Freire critica a simples transferência do conhecimento feita por métodos não reflexivos, evidenciando sua superficialidade e baixa retenção do conhecimento. Seu enfoque concentra-se nas modalidades "ensinar-aprender-ensinar", deixando flexível a escolha em função dos objetivos que se quer seguir (GONZAGA, 1994).

Paulo Freire era um pensador comprometido com a vida, com a dignidade, cidadania e com a humanização. Em contraposição ao modelo tradicional, propõe uma educação problematizadora, na qual o educador não é apenas o que educa, mas o que, enquanto educa, pode propiciar a transformação da realidade, numa relação dialética, tendo o conceito de práxis como elemento fundamental da relação da teoria e prática.

A Conferência Episcopal de Medellín foi o marco do surgimento da educação libertadora, tendo como pressuposto básico que: “a educação pode e deve contribuir num processo maior de libertação das classes subalternas das condições de miséria em que vivem no Brasil e na América Latina. A educação pode atuar na área da ‘conscientização’, ou seja, na afirmação da vocação de sujeito do ser humano” (GANDIN, 1999, p. 87).

Os princípios norteadores da proposta de Paulo Freire estão sintetizados por Rezende (1986, p. 166), como sendo: “1- o homem é sujeito de sua própria educação; 2- ninguém educa ninguém; 3- saber e ignorância são relativos: os conteúdos devem despertar uma nova forma de relação com a vida; 4- ninguém se educa sozinho; 5- a educação precisa se dar na relação do homem com sua própria realidade”.

A trajetória para o aprendizado é longa e requer sucessivas aproximações ao objeto, num movimento de idas e vindas respeitando o tempo de cada um. A pedagogia libertadora permite

a transformação do sujeito que dela participa, pelas inúmeras elaborações intelectuais que realiza, de forma associada à percepção social, política e ética da realidade, dependendo do objeto de estudo. Nesta pedagogia, o papel do educador é extrair o conteúdo da realidade para aprendizagem, propiciando a possibilidade de desenvolver uma consciência da realidade social do educando. O educando é autor de seu conhecimento. O papel do educador nesta metodologia é de animador, pois educador e educando são sujeitos do ato do conhecimento. Diante destas características humanas, a ação educativa deve promover o homem neste caminho de descobrir-se e não ser mero instrumento de ajuste do homem ao meio. Daí, a proposta de Freire ser considerada uma teoria social problematizadora.

Paulo Freire (1980, 1980. p.40) refere que “o homem não pode participar ativamente da história, na sociedade, na transformação da realidade, se ele não é auxiliado a tomar consciência da realidade e da sua própria capacidade de transformá-la”. Assim, penso que a Metodologia da Problematização pode ser uma diretriz fundamental para provocar uma atitude crítico-reflexiva que efetivamente esteja comprometida com a mudança da realidade.

“Problematizar é o ato de buscar relacionar um novo conjunto de informações à estrutura cognitiva do estudante” (CHIRELLI et al, 1999, p. 6). Referem ainda que o problema é sempre caracterizado por uma situação teórica ou prática e para a sua solução apresenta-se uma gama de possibilidades. Esta resolução deverá ser encontrada com espírito crítico, reflexão, planejamento e informação para se desenvolver competências e se chegar finalmente a uma aprendizagem significativa.

Esta transformação começa pela urgência da compreensão do impacto do macro ambiente (social, político, econômico) sobre a totalidade organizacional, advindo daí a necessidade de desenvolvimento de novas competências, isto é, desenvolver novos padrões mentais. Resalta-se a importância que a educação tem neste processo e que esta deve “cumprir um triplo papel, ou seja, econômico, científico e cultural, estando estruturada em quatro alicerces: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver e aprender a ser” (BORDENAVE, In: BRASIL, 1994).

A metodologia problematizadora tem por objetivo aumentar a capacidade do indivíduo em se tornar um participante e um agente de transformação social, desenvolver no indivíduo a capacidade de observar a realidade imediata ou circundante, detectar todos os recursos disponíveis e encontrar formas de organização do trabalho e da ação coletiva.

Nesta perspectiva, a construção de um processo educativo reflexivo, no que diz respeito, a humanização no trabalho da enfermagem, coloca-se como uma estratégia importante para a tomada de consciência, com vistas a construção de uma nova proposta de cuidado.

Esses novos conhecimentos poderão contribuir para uma atuação diferenciada da enfermagem na perspectiva de um trabalho criativo e satisfatório para o trabalhador e que proporcione um cuidar de boa qualidade aos usuários.

Tentando elaborar uma proposta que corresponda ao entendimento de um processo educativo reflexivo, que tem por objetivo a auto-construção das pessoas, constituindo-se num caminho para a emancipação e para a autonomia responsável, busquei apoio em alguns autores, uma vez que pensar em qualidade de trabalho e qualidade da assistência nos remete a pensar na questão da participação e capacidade criativa dos sujeitos envolvidos no processo.

Demo (1996) coloca como meta essencial do processo educativo a capacidade de manejar e construir conhecimento, no sentido de refazer crítica e criativamente o conhecimento disponível, superando a realidade. No que diz respeito a organização do trabalho, a idéia de um processo educativo reflexivo busca integrar o conhecimento existente às exigências colocadas por um mundo em constante evolução, em que não cabe mais ficar apenas reproduzindo as iniciativas do passado, mas, a partir delas e de novos conhecimentos, possibilitar àqueles que vivem diariamente esta organização repensá-la e recriá-la num processo coletivo.

Freire (1983) coloca a educação como consequência da necessidade do ser humano de adaptar-se ao novo, na busca de sua realização como pessoa e da consciência que tem de si como ser inacabado, em constante busca.

Pensar novas formas de atenção e cuidados ao portador de transtorno psíquico, utilizando-se para esta construção de um processo educativo reflexivo, pressupõe trabalhadores comprometidos com a sua realidade, dispostos a exercer seu potencial criativo de participação, na esperança de construção de uma outra realidade.

Com base nas formulações deste mesmo autor, penso que o momento reflexivo tem por perspectiva propiciar aos trabalhadores de enfermagem um espaço de liberdade, pois, Freire coloca liberdade como uma conquista, como permanente busca que só existe nos atos de quem a faz, na entrega à uma práxis libertadora. Práxis, entendida como ação-reflexão e ação dos seres humanos sobre o mundo para transformá-lo.

A opção de trabalhar com o referencial da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, com os funcionários de enfermagem desta enfermaria psiquiátrica, deu-se por experenciar que a

prática de cuidar necessita de sucessivas aproximações, de idas e vindas do sujeito ao objeto de trabalho, sendo que a metodologia problematizadora passa a ser um fator motivacional importante. Neste momento, o uso desta metodologia, pode propiciar um ambiente acolhedor, estimulando a realização de questionamentos, a identificação de problemas e, principalmente, a busca de soluções conscientes para propiciar uma condição mais adequada aos funcionários e principalmente uma assistência de enfermagem mais terapêutica.

Para facilitar a operacionalização dos pressupostos da problematização, Bordenave (1986) apresenta um método, o “Arco da Problematização” criado por Charles Maguerez, o qual apresento a seguir:



Fig. 1: Arco da Problematização (BORDENAVE, 1986)

A metodologia da problematização tem como ponto de partida a realidade do educando. A realidade é um cenário onde os vários problemas podem ser vistos, percebidos ou deduzidos e que podem ser estudados em conjunto e/ou em partes de acordo com o grau de importância que lhe é atribuído, no momento a observação. Esta **observação da realidade** é dinâmica, isto é, “dependendo do tempo, do espaço, da capacidade e/ou da intencionalidade dos observadores, os problemas identificados e a relevância a eles atribuída, podem ser diferentes de um observador para outro” (HORR et al, 1999, p.124). De acordo com as autoras, a observação da realidade depende da visão de mundo e da experiência de vida de quem vai observar, e definem alguns aspectos do por quê, o que, e onde observar a realidade.

Para Horr et al. (1999, p.64) a realidade deve ser observada por que

permite conhecer a percepção que cada um tem a respeito da realidade observada, promove a valorização do conhecimento dos observadores e a democratização do conhecimento. Desenvolve o senso crítico, o raciocínio, a comunicação verbal e, conseqüentemente, fortalece a auto-estima. Permite identificar as relações da realidade observada com a da própria vida e com a vida da comunidade, possibilita aprofundar o conhecimento acerca da realidade observada, desvela a realidade como componente do processo educativo, constitui-se em um dos componentes de mudança individual e coletiva, é suporte para atuação de enfermagem, favorece o exercício do diálogo e da reflexão e, finalmente, permite perceber os limites e possibilidades de uma vida ética e saudável.

Sobre “o que observar” as autoras citadas acrescentam que depende do tema que se quer aprofundar, dos objetivos que se quer alcançar e do compromisso que se tem na vida. Sobre “onde observar” referem que “onde se evidencia uma situação problema, é o ‘lugar’ de observação”.

Uma vez definido o problema, os pontos importantes da realidade observada, são identificados. Estes pontos são definidos como “**pontos-chave**, são variáveis e ou focos da situação problema” (HORR, 1999, p.127). As identificações destes pontos chave partem dos questionamentos do por que ou quais as causas provocaram a ocorrência do problema ou que estão relacionados com ele.

Esta fase de identificação dos pontos-chave é sucedida pela **teorização**, que para Horr et al. (1999, p.127) constitui-se na fase de aproximação da verdade, durante a qual são percorridos os seguintes passos:

o observador pergunta a si mesmo o que sabe sobre os pontos chave, externaliza o que sabe, ouve e reconhece o que os outros sabem e o grupo estabelece quais informações complementares precisam buscar para compreender os pontos chave do problema escolhido. É um diálogo interno que quando compartilhado com os demais observadores, poderá gerar dúvidas, perguntas e inquietações, que darão sustentabilidade para gerar as hipóteses de solução.

As **hipóteses de solução** são as possibilidades que se apresentam com base na teorização para resolver o problema. Devem ser aplicáveis e viáveis à realidade observada, e, a **aplicação da realidade** é a aplicação das estratégias escolhidas para implementar as hipóteses de solução

selecionadas. Segundo as autoras (p. 129) “pode-se dizer que o problema estará solucionado, se houver mudança na realidade observada”, ou seja, neste contexto, se o processo conduzir para a transformação do cuidado prestado, tornando-se mais humanizado, consciente, proporcionando um ambiente terapêutico para seus usuários.

5.2 Os pressupostos: minha visão de mundo

Os pressupostos que guiaram minha prática assistencial consistiram em acreditar no ser humano com todos os seus potenciais capazes de serem desenvolvidos. A educação tem papel preponderante no desenvolvimento do ser humano e por acreditar neste papel preponderante do processo educativo sobre “ação-reflexão-ação” do ser humano no mundo, encontro nos pressupostos enunciados abaixo, a fundamentação que guiou todo a construção deste trabalho²⁰.

a) O ser humano que possui consciência de si mesmo é aquele que se caracteriza como ser crítico, criativo, com auto-estima elevada, justo e leal aos princípios da ética e da moral que delineiam a conduta humana, e tem como compromisso materializar esses princípios na formação dos profissionais de saúde. Estas afirmações refletem as crenças e valores do ser humano, com possibilidades para desenvolver as suas capacidades e superar seus próprios limites, numa vida em harmonia com a natureza, família e sociedade;

b) A capacidade imensurável de cognição, criatividade e motivação de cada indivíduo pode ser desenvolvida ou inibida de acordo com os processos educativos a que for submetido;

c) O indivíduo é capaz de provocar grandes transformações na sociedade através do trabalho humano, pois neste se centraliza a ação pela qual este ser transforma o mundo, criando a cultura;

d) O educando, por meio de uma educação libertadora, é sujeito de seu próprio aprendizado;

e) Um processo de discussão participativa possibilita um compromisso maior dos atores envolvidos com a proposta estudada.

²⁰ Esses pressupostos (a-e) são os mesmos que guiaram a Monografia do Curso de Especialização em Metodologia do Ensino Médio Profissionalizante: COSTA, E. ; MACHADO, R.R. Uma vivência de educação no trabalho: “O processo de construção do Plano Político Pedagógico da Escola de Formação em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina”. UFSC, 2000. p.30-31.

f) Um ambiente organizado é terapêutico e contribui com o desenvolvimento biopsíquicosocial do ser humano, possibilitando uma vida mais digna.

E acreditando em todos estes pressupostos que fundamentaram também esta construção, incluo a educação como uma prática social, valorizando a transformação do ser humano como agente transformador de sua realidade, desvelando uma nova relação com a experiência vivenciada. Acrescento ainda, que concordo com Oliveira et al.,(2001, p. 90) quando afirmam que “não se pode prestar uma assistência humanizada em um ambiente desumano. Assim, a preocupação com práticas humanizantes nos ambientes de trabalho é vital”.

Paulo Freire (1980, p.40 b) refere que “o homem não pode participar ativamente da história, na sociedade, na transformação, da realidade, se ele não é auxiliado a tomar consciência da realidade e da sua própria capacidade de transformá-la”.

Nesta perspectiva, a construção de um processo educativo reflexivo, no que diz respeito, a humanização no trabalho da enfermagem, coloca-se como uma estratégia importante para a tomada de consciência, com vistas à construção de uma nova proposta de cuidado.

Pensar novas formas de atenção e cuidados ao sofredor psíquico, utilizando-se para esta construção de um processo educativo reflexivo, pressupõe trabalhadores comprometidos com a sua realidade, dispostos a exercer seu potencial criativo de participação, na esperança de construção de uma outra realidade.

5.3 Conceitos principais

Os conceitos representam as estruturas fundamentais de qualquer construção teórica. São construções mentais que refletem nossa visão de uma determinada realidade. São construções de sentido, que servem para ordenar os objetos e os processos e fixar melhor o recorte do que deve ou não ser examinado e construído (MINAYO, 1994).

As ciências, ao pretenderem conhecer a totalidade de seus objetos de conhecimento, acabam por operar um movimento oposto: produzem conceitos e mais conceitos, e não há nada mais redutor do que o conceito. O conceito é sempre redutor da complexidade do fenômeno. Por este mesmo motivo o conceito deve ser amplo, genérico e indicativo, ao invés de específico, absolutista e afirmativo (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

Ao referenciar as minhas crenças, emergem conceitos de alguns autores ou construídos a partir de seus pressupostos. Estes conceitos buscam, numa relação dialógica, criar novas possibilidades para a humanização do cuidado. Os conceitos selecionados para compor o referencial teórico deste trabalho são: ser humano, portador de transtorno psíquico, humanização, enfermagem psiquiátrica, ambiente terapêutico, educação e cuidado.

Taylor (1992, p. 47) refere que os seres humanos são vistos como “sistemas complexos de partes interrelacionadas e seu todo é maior do que a soma de suas partes”. Essa crença representa uma perspectiva holística, uma posição que reconhece a interdependência e inter-relacionamento das partes umas com as outras, com a pessoa e com o ambiente.

Para Paterson e Zderad citado por George (1993 p. 244).

os seres humanos se caracterizam como capazes abertos a opções, com valor e com a manifestação única de seu passado, presente e futuro. É através da relação com os outros, que o ser humano vem-a-ser; isto, em contrapartida, permite que a individualidade única de cada pessoa se realize.

Para Capella (1998, p. 96) o ser humano é um

ser natural que surge em uma natureza dada, submetendo-se às leis naturais e dependendo da natureza para sobreviver. É parte dessa natureza, mas não se confunde com ela, pois usa a natureza transformando-a conscientemente, segundo suas necessidades. Neste processo se faz humano e passa a construir a sua história, se fazendo histórico.

Tomando como base os conceitos acima e a partir dos pressupostos de Freire, conceituo o **SER HUMANO** como um ser natural, historicamente construído ao longo de suas relações sociais; um ser que busca transformação de si mesmo e da natureza e é capaz de fazê-lo, porque se reconhece e reconhece ao outro neste processo; é um ser pensante que sofre transformações físicas e psíquicas sem perder sua hominilidade. É um ser que opera sobre o mundo, sobre os outros e sobre si mesmo.

Somente um ser que é capaz de sair de seu contexto, de distanciar-se dele para ficar com ele; capaz de admirá-lo para objetivando-o, transforma-lo e, transformando-o, saber-se transformado pela sua própria criação; um ser que é e esta sendo no tempo que é seu, um ser histórico, somente este é capaz, por tudo isto, de comprometer-se (FREIRE, 1981, p.17).

Neste estudo, o ser humano é o sujeito trabalhador de enfermagem que é um ser de relações, estabelecendo-se, desenvolvendo potencialidades, projetando-se e transcendendo-se por

meio de uma reflexão crítica com o mundo e para o mundo. Age de acordo com suas crenças e valores, tem atitudes permeadas por saberes científicos e de experiência de vida.

Nesta minha proposta de trabalho, a saúde assume um conceito holístico de um bem estar que é definido culturalmente e que resulta em adaptações necessárias dos indivíduos, para que possam funcionar em adequação às novas condições do ambiente em mutação. O trabalho em saúde mental compreende um aprendizado para a convivência, em que se torna indispensável um aprender a não agredir, aprender a cuidar de si, aprender a dar valor às realizações e saberes coletivos e aprender a conhecer e aceitar as pessoas da maneira como elas são.

PORTADOR DE TRANSTORNO PSÍQUICO é um ser humano cuja existência encerra um sofrimento e re-orienta o objetivo da psiquiatria, passando do tratamento que busca a “cura” para a produção de vida, de sociabilidade e de subjetividades. “O problema deixa de ser a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização de formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa” (ROTELLI, 1990, p.29-30).

É uma unidade complexa, sendo ao mesmo tempo biológico, psíquico, cultural, social e histórico. É místico, estético e tem capacidade de aprender e produzir um conhecimento, de amar, ser solidário, comunicativo, gregário, num processo contínuo de interação e transformação com o meio ambiente.

A **HUMANIZAÇÃO** é o respeito pelo ser humano, considerando suas individualidades e semelhanças. O ponto básico na humanização é a educação. Não há humanização sem educação e não há educação sem amor. “O amor implica luta contra o egoísmo” (FREIRE, 1981. p. 29).

A comunicação se estabelece com o relacionamento entre as pessoas, baseados no respeito das próprias individualidades, expressando-se dialógicamente através das expressões de amor, tomando como veículo o cuidado. Este se tornará humanizado por meio do compromisso do profissional com o cliente, em cuja ação, não minimiza o ser humano e não compactua com o dilema humanismo-tecnologia; opta pela humanização sem desprezar a tecnologia com as quais se instrumenta. A humanização compreende em ver o ser humano em sua totalidade, nos aspectos relativos a cidadania e dignidade, sem os quais, o homem se torna sem auto-estima, sem subjetividade e sem vida (FREIRE, 1981).

Uma vez que o comportamento é amplamente determinado pelas crenças e emoções do indivíduo, a enfermeira psiquiátrica usa a si própria com uma ferramenta para a educação do indivíduo, estimulando-o na possibilidade de “transformar-se e integrar-se” e não se adaptar. “Uma educação que pretende adaptar o homem estaria matando suas possibilidades de ação,

transformando-o em abelha. A educação deve estimular a opção e afirmar o homem como homem. Adaptar é acomodar, não transformar” (FREIRE, 1981, p. 32).

Entendo a **ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA** como a capacidade de assistir o portador de transtorno psíquico por meio do desenvolvimento de um relacionamento interpessoal, promovendo o cuidado, utilizando o poder imaginativo, criativo e estético dos profissionais, procurando promover a independência do sujeito do cuidado, por meio do ensino do autocuidado, e de medidas administrativas e legais, que estejam em consonância com os pressupostos filosóficos e epistemológicos da Reforma Psiquiátrica, base atual, ética e moral da assistência em saúde mental.

O ambiente nesse estudo deve ser considerado como fator importante na formação do psiquismo do indivíduo, considerando ser este fruto do ambiente e da sociedade na qual está inserido. O ambiente a ser considerado neste trabalho é a enfermaria onde o paciente é considerado morador e onde o trabalhador de enfermagem age cotidianamente e que deve ser organizado de forma a dar sustentabilidade às mudanças a serem implantadas.

Um ambiente humanizado é terapêutico e efetivamente contribui com o desenvolvimento psicossomático e social das pessoas que nele convivem, e, desta forma, possibilita uma vida mais digna e humana. Para que este ambiente se efetive, torna-se imprescindível um aprendizado da equipe em relação aos seus papéis, limitações, responsabilidades e autoridade. Para Fraga, (1998, p. 275).

[...] o que faz um ambiente ser terapêutico é a conjunção da sensibilidade, competência e integração de cada trabalhador de enfermagem com a equipe multiprofissional de cuidados... [...] o principal desafio para a enfermagem, é a formação de seus agentes para atuar em saúde mental e que nenhum avanço significativo se conseguirá para a enfermagem psiquiátrica, se paralelamente não ocorrerem avanços significativos na condição de vida e de saúde da população, e se não ocorrerem avanços democráticos traduzidos em maiores conquistas quanto aos direitos sociais.

Considero o **AMBIENTE TERAPÊUTICO** como um local onde interagem componentes físicos, interpessoais, terapêuticos e reabilitadores, conscientemente planejados, criativamente construídos e solidariamente repartidos, que apoiem e potencializem o tratamento psiquiátrico, que deve ter como meta a ser perseguida a reabilitação biopsicossocial. Esta reabilitação deve se dar nas unidades de curta ou longa permanência, nas unidades custodiais,

pensões protegidas, núcleos ou centros de apoio, ou em qualquer outro espaço em que se desenrole a assistência psiquiátrica.

Para Freire (1980) a educação é um processo que ocorre entre os homens e mulheres, através da ação-reflexão-ação, mediado pelo diálogo, humildade e amor por si e pelo outro, visando o desenvolvimento dos seres humanos, a fim de alcançar, através de uma contínua busca, o “ser-mais”.

Entendo a partir desta afirmação, que **EDUCAÇÃO** se caracteriza por trabalhar com as diferenças a partir da compreensão da diversidade, contextualizando o indivíduo social e historicamente e assumindo um compromisso de transformação social, por meio de uma dialética de educação inclusiva, onde efetivamente haja um atendimento à diversidade, estabelecendo práticas educacionais emancipatórias e humanizadas.

A educação deve estabelecer uma relação dialética com a sociedade à qual se destina. “Quando se integra neste ambiente, que por sua vez, dá garantias especiais ao homem através de seu enraizamento nele. Superposta a ele, fica ‘alienada’ e, por isso mesmo inoperante” (FREIRE, 1981, p. 62).

O cuidado é o resultado da ação do cuidador que é um ser solidário, comprometido com a existência humana e cidadania. O cuidado está pautado em preceitos éticos e deve promover a qualidade de vida da população. É amoroso e, portanto, libertador. É uma prática inclusiva, solidária e política e deve ser aperfeiçoada cotidianamente.

O **CUIDADO** ao portador de transtorno psíquico é desafiador, politizado e corajoso e demanda um processo educativo emergencial. É uma ação interativa, criativa e dinâmica, que está em constante movimento em direção à conquista da cidadania buscando superar a prática manicomial e ao mesmo tempo inventar novas formas de atenção, sem necessidade de exclusão, de violência, mas que produza novas subjetividades e qualidade de vida.

6 O CAMINHO METODOLÓGICO: uma prática educativa

6.1 Tipo de Estudo

A operacionalização deste estudo analítico descritivo foi realizada utilizando a metodologia problematizadora, com a realização de um ciclo de encontros, denominados de oficinas,²¹ para a humanização do cuidado, que compreenderam os meses de outubro a dezembro de 2001, num total de seis encontros, sendo um por semana, com duração de quatro horas diárias.

O primeiro encontro foi programado com o objetivo avaliar o trabalho realizado desde julho de 2000, período que iniciaram as transformações na unidade, desencadeadas pelos resultados do primeiro ciclo de encontros realizados (Oficina de reconstrução física e estrutural da enfermaria) quando demos início ao processo de mudanças na unidade.

Para atingir os objetivos da prática assistencial, nos outros cinco (5) encontros previstos, deveriam ser abordados os temas que contribuíssem para desenvolver uma experiência assistencial pedagógica que colaborasse para uma melhor compreensão das situações vividas pelos participantes no cotidiano de seu fazer e efetivamente melhorassem a qualidade do cuidado prestado ao portador de transtorno psíquico nesta enfermaria de pacientes crônicos.

O programa para estas demais etapas não foi previamente definido, uma vez que a metodologia problematizadora objetiva a participação dos atores envolvidos no processo, definindo o que consideravam relevante ser discutido.

²¹ Oficina é um ambiente destinado ao desenvolvimento das aptidões e habilidades, mediante atividades laborativas orientadas por professores capacitados, e em que estão disponíveis diferentes tipos de equipamentos e materiais para o ensino e aprendizagem, nas diversas áreas do desempenho profissional (FERREIRA, 1986).

6.2 Contexto de estudo

O estudo foi desenvolvido numa enfermaria de pacientes crônicos de um macro hospital psiquiátrico de um Estado da região Sul do Brasil.

Esta enfermaria faz parte de um complexo chamado atualmente de Centro de Convivência, como resultado da re-setorização e modernização de um antigo Hospital. Os pacientes de curta permanência (portadores de transtornos psíquicos agudos ou crônicos e dependentes químicos não moradores) internam nas unidades pertencentes ao Hospital, sendo que, os pacientes de longa permanência (moradores) permanecem no Centro de convivência.

Este Hospital juntamente com o Centro de Convivência (CC) têm 577 leitos disponíveis, sendo 371 para o CC e 206 para o Hospital propriamente dito. Abriga atualmente 504 pacientes, estando 161 nas Unidades de Curta Permanência e 343 pacientes nas unidades do CC²², dos quais, sessenta (60) se encontram na enfermaria onde se desenvolveu o estudo.

Esta enfermaria, construída em 1956, está localizada fora da estrutura hospitalar, em uma colina, e está separada da área do Hospital por um rio. Foi inicialmente destinada para abrigar os pacientes particulares quando o hospital ainda era dirigido por freiras naquela década, e, posteriormente destinada ao tratamento de dependentes químicos, que logo foram transferidos para uma unidade fechada devido ao freqüente abandono de tratamento por fugas.

Posteriormente, por volta de 1980, passou a abrigar os pacientes crônicos, a princípio, os que não apresentavam problemas com a locomoção, acentuado risco de fuga, suicídio ou agressão, bem como problemas relacionados à libido, uma vez que o pátio da unidade serve de passagem para a comunidade que foi se instalando ao redor do Hospital ²³. Aparentemente estes critérios foram sendo abandonados, pois atualmente a unidade possui uma clientela diversificada, com pacientes de todas as idades, diagnósticos e prognósticos diversos.

Possui uma área construída de aproximadamente 800 metros quadrados e apesar das melhorias instituída no ambiente a partir de julho de 2001, sua estrutura física apresenta-se ainda bastante prejudicada, com problemas no assoalho, no forro entre outras, porém algumas melhorias foram realizadas. Suas dependências internas foram organizadas e estruturadas para garantir uma melhor acomodação de seus moradores e possibilitar um trabalho mais organizado.

²² Censo do Hospital de 22/09/2001.

Esta organização é consequência do trabalho que a equipe de enfermagem da unidade vem desenvolvendo como resultado da primeira etapa de humanização do ambiente, já contextualizada anteriormente.

A enfermaria possui dez quartos, de tamanhos variados com três, seis ou oito leitos que estão identificados com foto e dados de identificação de cada morador (nome e data de nascimento), tendo sido esta, uma das atividades implantadas no trabalho de re-orientação auto e alo psíquica dos pacientes. Alguns quartos foram desativados e transformados em barbearia, sala de cuidados especiais, sala de reuniões e consultório médico.

As atividades são programas pela equipe de enfermagem²⁴, em conjunto com os pacientes em assembléia geral, e incluem os objetivos de ressocialização, onde o aprender a não agredir, aprender a conviver, o aprender a cuidar de si e de seus pertences, fazem parte do trabalho de re-orientação do paciente. Todas as atividades desenvolvidas neste ano em que trabalhamos a humanização do ambiente, estão contempladas no relatório de atividades e planejamento estratégico participativo elaborado pela equipe da enfermaria, o qual vêm guiando nossas atividades, desde a primeira etapa do trabalho²⁵.

6.3 Sujeitos do estudo

Os participantes do presente estudo foram os funcionários que fazem parte da equipe da enfermaria, sendo que, uma funcionária que trabalha no setor de limpeza de outra unidade, ao saber das oficinas, pediu para participar também, uma vez que declarou seu interesse em fazer o curso técnico de enfermagem e querer aprender a se relacionar melhor com os pacientes e obter outras informações²⁶.

²³ Havia um temor dos técnicos do Hospital e demais funcionários da unidade, bem como de alguns moradores locais, do que os pacientes, com sexualidade exacerbada, pudessem fazer, em relação às crianças e meninas adolescentes que utilizavam o pátio da unidade como passagem.

²⁴ A equipe que trabalha diretamente na enfermaria, com os pacientes, é composta por uma enfermeira, quatro técnicos, 6 auxiliares e 4 atendentes de enfermagem, dois médicos e um professor de educação física. Os demais profissionais (serviço social, psicologia, terapia ocupacional, pedagogia e fisioterapia) trabalham desenvolvendo suas atividades em todo o CC, não dispondo de um profissional para cada unidade (Nota da autora).

²⁵ Relatório/2000 e Planejamento Estratégico Participativo/2001 da unidade, elaborado pela equipe e entregue às gerências do Hospital. Este relatório é avaliado sistematicamente, servindo de material norteador das atividades da unidade.

²⁶ O convite foi extensivo aos funcionários de outras unidades, em reunião de serviço, porém somente esta funcionária se candidatou. A unidade onde se desenvolveu o estudo, não contava com funcionária da limpeza, sendo a mesma realizada por pessoas de outras enfermarias, em esquema de hora extra (nota da autora).

O critério de formação do grupo participante inclui o compromisso de participar de 85% dos encontros para garantir a obtenção do certificado de participação²⁷. Esta foi uma maneira de garantir também, a participação dos funcionários.

Em relação ao número de membros de um grupo não existe unanimidade entre os autores. Siqueira (1998, p. 68) citando Beal (1972) e Leite (1973) referem que o primeiro indica de 05 a 12 membros dependendo da técnica a ser utilizada, já a segunda, é de opinião que o número de integrantes, seja no máximo dez e outros autores falam de dois a vinte.

O grupo de participantes foi estabelecido, a partir da disponibilidade dos sujeitos em participar do processo educativo, entretanto, o grupo foi previamente orientado sobre as oficinas e compromisso da participação de todos os envolvidos com as mudanças na unidade e com o cuidado direto aos pacientes.

Optamos por esta modalidade de oficina, pois acreditamos que um grupo menor não contemplaria a amplitude dos objetivos, a interação e aprofundamento das idéias e das experiências vivenciadas. Isto só aconteceria com a participação do maior número de funcionários possível.

Os resultados obtidos com a primeira etapa do trabalho (conforme descrito na página 20) e o andamento deste, contribuíram significativamente como aspecto motivacional para esta segunda etapa, e todos os funcionários da equipe de enfermagem, participaram do estudo, em todos os encontros. O grupo de participantes, portanto, contou com 16 pessoas, ou seja, todos os funcionários da equipe de enfermagem da unidade e mais uma servente de outra unidade e a pesquisadora. O quadro com o perfil dos participantes encontra-se no anexo “D” deste relatório.

A maioria dos integrantes já havia participado da primeira etapa do trabalho e, portanto já haviam entrado em contato com a modalidade de trabalhar com oficinas e com todo o grupo.

Os trabalhadores da equipe de enfermagem foram oficialmente convidados a participar das oficinas na primeira reunião de equipe que se sucedeu à aprovação e deliberação deste planejamento assistencial, por parte de ambas as instituições envolvidas (UFSC/Hospital).

As oficinas aconteceram em seis encontros conforme programado no projeto encaminhado ao CEDRHUS (anexo B) nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2001, às terças feiras, das 18 às 22 horas, na sala de reuniões da unidade.

²⁷ Os participantes receberam certificados (modelo em anexo E) de participação das Oficinas como treinamento, sendo o curso homologado para progressão funcional e a carga horária considerada hora extra para folgar posteriormente.

6.4 Implementação das etapas da metodologia proposta

A utilização da metodologia problematizadora com a aplicação do Arco de Charles Maguerez, já referenciados anteriormente, caracterizou-se como o caminho metodológico para operacionalização da proposta. O arco da problematização é constituído por uma série de etapas que foram seguidas durante o ciclo de encontros que chamamos de “Oficinas para a humanização do cuidado”, e aconteceram conforme o descrito abaixo:

A **primeira etapa**, chamada de **observação da realidade**, foi a etapa onde os funcionários foram sensibilizados para expressar suas percepções pessoais, fazendo uma primeira leitura da realidade e escolhendo as situações a serem problematizadas, no caso a realidade do espaço físico da enfermaria e seus moradores, bem como a condição humana dessa clientela e a forma de cuidado que vem sendo prestada na unidade. Desta forma, a realidade a ser problematizada foi identificada como: ***O Cuidado Prestado na Enfermaria!***

Nesta fase, a realidade observada foi analisada considerando-se as transformações realizadas na primeira etapa do processo de transformação do cuidado onde trabalhamos o ambiente. Na observação desta realidade, identificamos o problema que guiaria nosso estudo no sentido de procurar e formular hipóteses de solução como alternativas para a resolução do problema proposto e validado, ou seja, respostas para a seguinte indagação: ***De que maneira poderíamos contribuir para uma melhor compreensão das situações vividas pela equipe de enfermagem, neste espaço institucional, e melhorar a qualidade do cuidado prestado ao ser humano?***

Nesta fase, os participantes começam a refletir sobre sua realidade e a compreendê-la e “quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias” (FREIRE, 1981, p. 30).

Numa **segunda etapa** destacamos o que foi observado, ou seja, os **pontos chave** do problema em questão, o que é verdadeiramente importante, pois buscamos o entendimento do porquê do problema, à luz de nossas crenças e valores, em relação ao portador de transtorno psíquico, seu local de moradia e da forma de cuidado prestado. Os pontos chave levantados pelo grupo foram o ***paradigma reinante sobre a saúde/doença mental, o estigma em relação ao***

portador de transtorno psíquico, o desconhecimento científico e a alienação reproduzida no cuidado e a desumanização da assistência.

Na **terceira etapa**, procuramos saber os determinantes das causas observadas passando a **teorização do problema**. Os temas explorados nos encontros se constituíam em temas geradores de discussões e reflexões para instrumentalizar os participantes, a uma melhor compreensão da realidade. Os temas escolhidos para a teorização foram: *1) A História da psiquiatria no Mundo, no Brasil e em Santa Catarina e a Reforma Psiquiátrica; 2) A valorização do ser humano enquanto ser cuidador e ser cuidado; 3) A compreensão do psiquismo humano (funções psíquicas); 4) Formas de manejo e abordagem com o portador de transtorno psíquico; 5) O cuidado: as diversas formas de cuidado de enfermagem ao portador de transtorno psíquico.*

Esses determinantes foram explorados, dialogados por meio das reflexões provocadas pelas leituras, técnicas de sensibilização, relatos e observação de situações vividas, que serão apresentadas no próximo capítulo.

Na **quarta etapa**, onde acontece a formulação de **hipóteses de solução** para o problema em estudo, neste momento, ocorreu a finalização da abordagem de cada tema gerador, onde fazíamos o confronto das hipóteses de solução com os determinantes da realidade.

As hipóteses foram formuladas com base nas reflexões dos participantes, sustentadas pela motivação à mudança. Para Bíscaro (1994, p. 21-22) “ser mais deve coincidir com a disposição interior da pessoa para se modificar e para intervir e modificar a realidade ao seu redor”. Desta forma, “fica delineado o horizonte do poder pessoal” que de acordo com Padilha e Silva (2000, p. 43-68) “pode ser traduzido também em MOTIVAÇÃO, que é a força que nos estimula a agir, é aquela nos impulsiona para o ser mais”. Para as autoras, a motivação é um elemento indispensável para que ocorram as mudanças, desde seu planejamento até sua consolidação, pois este processo exige o investimento de muita energia física, mental e emocional. E assinalam, que este processo, representa uma ameaça por romper com o estabelecido, gerando resistências e negociações.

As hipóteses de solução formuladas resultaram de uma construção coletiva, refletindo o resultado do processo educativo reflexivo, pois os participantes apontavam para suposições práticas e aplicáveis à realidade e com base na teorização.

A **quinta e última fase**, é a fase que possibilita a **intervenção na realidade**, pois é o momento em que os funcionários puderam praticar e fixar as soluções encontradas pelo grupo como viáveis e aplicáveis, e inferir este aprendizado para situações diferentes, podendo contribuir

com a transformação da realidade. Esta intervenção à realidade iniciou no instante em que se planejamos o processo de mudanças com o ambiente, com a organização de um trabalho mais sistematizado, culminando com a implementação de um processo educativo-reflexivo, objetivando a mudança da realidade observada.

De acordo com Saupe et al (1998, p. 25) “Às vezes as transformações são evidentes, rápidas e concretas, outras vezes são abstratas, permanecem em cada consciência e o que acontece é a sensibilização dos membros do grupo para um novo olhar da realidade”.

Todos os encontros foram realizados por meio de um processo educativo/reflexivo e orientado pelos pressupostos de Paulo Freire, tendo sua dinâmica desenvolvido em três momentos, ou seja: **a) Sensibilização**, onde utilizamos técnicas de relaxamento e textos motivacionais sobre o assunto, relacionando-os ao cotidiano da assistência; **b) Desenvolvimento** onde foram abordados os assuntos específicos (temas geradores) orientados pelos objetivos a serem atingidos e utilizando o arco da problematização; e, **c) Encerramento e avaliação do processo**.

6.5 Sistematização e análise das informações

Neste processo educativo, como já indicado anteriormente, utilizei a metodologia problematizadora, por meio de “oficinas”, para explorar as situações a serem vividas bem como os temas a serem desenvolvidos.

Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados:

- a) Registros dos encontros realizados por meio de fotos, gravações e transcrição das fitas com a devida autorização dos participantes;
- b) Utilização de um diário de campo, elaborado após cada vivência, no qual anotei o desenvolvimento de cada vivência, incluindo a presença e envolvimento dos participantes no processo através de comunicação verbal e não verbal, bem como, minhas reflexões pessoais.
- c) Relatório anual das atividades desenvolvidas na unidade, no ano de 2000/2001.
- d) Fotos e fatos relacionados ao ambiente antes e depois das mudanças implementadas

A análise dos dados foi realizada através da seleção das falas e acontecimentos mais significativos que envolviam a temática específica de cada vivência apoiadas pelo referencial teórico. Seguiu os passos descritos por Morse e Field citados por Trentini e Paim (1999, p. 102-107) a qual consta dos seguintes processos genéricos:

1) Processo de apreensão que se iniciou com a coleta de informações antes e depois da implementação do processo educativo-reflexivo e com a análise preliminar do conteúdo da oficina. As informações foram identificadas com notas teóricas de acordo com o assunto, o que subsidiou também a busca de novas bibliografias.

2) Processo de interpretação que foi realizada com o descarte e seleção de informações de acordo com a significância, síntese dos conteúdos e temas abordados e analisados com base no referencial teórico e outras bibliografias. Trentini e Paim (1999, p. 106) assinalam que “a interpretação é feita à luz da fundamentação teórico filosófica, utilizada no estudo de maneira a proceder à associação desta com os dados analisados”.

3) Processo de transferência com a associação dos resultados, dando significado a determinados achados, contextualizando-os em situações similares sem generalizá-las. Este processo de transferência, seguindo ainda a orientação das autoras supra citadas, “envolvem-se diretamente com a questão do problema de pesquisa dentro do cenário assistencial” e “compreende a ampliação desses resultados em processo na ótica de cobertura do cenário assistencial” (TRENTINI E PAIM, 1999, p.107).

Assim, a avaliação dos resultados desta prática assistencial, enquanto trabalho acadêmico, iniciou-se nesta etapa e se completa na observação da realidade com base nos reflexos da qualidade da assistência desenvolvida no âmbito de atuação deste estudo.

6.6 Focalizando os princípios éticos

Os participantes foram informados na primeira reunião sobre os objetivos do estudo e realização das oficinas e foram convidados a participarem do processo. O estudo foi norteado pela Portaria 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que assegura aos participantes, o cumprimento dos aspectos éticos quando da realização de uma pesquisa.

No primeiro encontro foi solicitada autorização para uso de suas imagens e falas e informados sobre o processo de estudo participativo e validação das oficinas junto a Secretaria

de Estado da Saúde, sendo que em seu transcorrer, foi garantido o tratamento dos mesmos com dignidade, privacidade, confidencialidade. Houve respeito às normas da instituição e respeito aos valores sociais, morais, religiosos e éticos de todos os participantes, garantindo aos mesmos o acesso às informações colhidas durante os encontros e a liberdade de desistência até a finalização do estudo.

Esta proposta de prática assistencial foi previamente apresentada à Direção Geral e Gerência de Enfermagem do Hospital, que aceitou o desenvolvimento do estudo. Cada participante recebeu e assinou o formulário de “consentimento livre”, garantindo o direito dos mesmos em expressar-se na livre opção por participar ou não (modelo em anexo F).

Cada encontro recebeu uma denominação (título) de acordo com os objetivos a que se propunha e foi composta por etapas que contemplavam os assuntos a serem desenvolvidos. Na realização da primeira oficina foi explicada a dinâmica a ser adotada quanto a necessidade de se usar uma codificação ou pseudônimos dos participantes, pois todo o processo foi documentado, e esta forma de identificação tem como finalidade proteger o verdadeiro nome de cada participante. No entanto, os participantes optaram por não escolher uma pseudo-identificação durante o processo, deixando sob na responsabilidade da facilitadora, a escolha dos nomes. Optei por identificá-los de acordo com o nível de profissionalização, seguindo a seqüência numérica, aleatoriamente. O perfil dos participantes, bem como a identificação por nível de profissionalização, estão descritas no anexo “D” deste trabalho.

Os técnicos de enfermagem foram identificados pelas iniciais **TE** seguida da numeração de 1 a 4, conforme o aparecimento de suas falas na transcrição das fitas. Os auxiliares de enfermagem foram identificados pelas iniciais **AE**, seguida da numeração de um (1) a cinco (5), os atendentes de enfermagem com as iniciais **AT** seguida da numeração de um (1) a quatro (4) e a servente com a inicial **S** seguida da numeração um (1). Toda a numeração correspondeu a ordem de aparecimento das falas dos participantes na transcrição das fitas.

7. NARRANDO E AVALIANDO A VIVÊNCIA

O momento das oficinas faz parte de uma proposta que podemos considerar como processo educativo, pois ao mesmo tempo em que tomamos consciência da realidade exposta, refletimos sobre propostas surgidas, e a partir daí, pode-se estar construindo uma outra realidade.

Os funcionários demonstraram estar motivados para participarem do processo. Considerei este fato como resultado da estratégia utilizada, ou seja, durante o segundo semestre do ano de 2001, falava deste acontecimento, sempre que surgia uma oportunidade. As pessoas sabiam que em qualquer momento, nos reuniríamos para refletir sobre o cuidado prestado na unidade. Outro fator decisivo para a motivação, foi possibilidade das oficinas serem validadas para progressão funcional e o horário ser computado para folgarem posteriormente, o que se concretizou com o encaminhamento do processo ao setor de recursos humanos.

Preparei-me durante mais de um ano para um momento em que me reuniria com os funcionários e faria suscitar uma discussão sobre a realidade que observei desde o início, os fatores que determinaram a situação anterior e muita das situações que vivenciamos juntos na busca de melhores condições para os moradores desta unidade e para equipe, ou seja, na construção de um ambiente terapêutico para possibilitar um cuidado mais humanizado.

Durante um ano e meio de convivência com este grupo de funcionários, várias situações foram se apresentando. Obtivemos ganhos evidentes com essa convivência e enfrentamos muitos conflitos neste caminhar. Foram lutas de poder, conquista de confiança mútua, um buscar se conhecer constante, um aprender com o outro, desconfianças, medos, enfim, uma gama enorme de sentimentos que foram se estabelecendo por meio do relacionamento e acontecimentos que provocaram as mudanças.

Muitas situações precisam ser retomadas para serem melhor compreendidas, por que fatalmente apareceriam nas discussões, e isto significava re-acender conflitos. Porém, certamente cuidaria para que prevalecessem os objetivos propostos, e que esta busca não se desviasse dos preceitos de ética, solidariedade, conservando e insuflando a amizade conquistada, o respeito ao ser humano, a disposição para ouvir e trocar experiências, o reconhecimento e respeito de nossas limitações e a necessidade de transformar através de um processo educativo e reflexivo, o ambiente de trabalho e de moradia daquelas pessoas que estavam sob nossos cuidados.

7.1 Primeira Oficina: re-avaliando o início para subsidiar o caminho.

Para o primeiro encontro programei fazer uma avaliação do trabalho realizado na enfermaria desde que assumi sua supervisão. Para isto, preparei o ambiente onde foi realizada toda a oficina, ou seja, a sala de reuniões da unidade. Com a ajuda de um paciente e três funcionários (**AE3, AE4 E AT1**), foram elaborados três painéis: um com os resultados da primeira etapa (pg. 20) com as fotos do ambiente antes e depois das mudanças, outro painel contendo todos os problemas existentes na época, com as estratégias de soluções apontadas, juntamente com o relato das atividades programadas a curto, médio e longo prazo²⁸, e um terceiro painel, com a esquematização de um grande “Arco da Problematização” com o objetivo de introduzir a metodologia proposta e ser completado em cada etapa, após a teorização de cada tema proposto, para subsidiar as discussões. Tomei alguns cuidados para que tudo desse certo, principalmente neste primeiro dia, pois este encontro seria muito importante para manter a motivação. Providenciei também quadro e caneta, encomendei lanche e refrigerante, organizei as cadeiras em torno da mesa da sala de reuniões, preparei tiras de papel, canetas, o material enviado pelo Setor de Recursos Humanos (CEDRHUS) com a homologação da Oficina e duas cópias do projeto da prática assistencial.

Coloquei a máquina fotográfica e o gravador à vista de todos, bem como as fitas e providenciei substituição dos funcionários de plantão no horário de realização da oficina para que nada prejudicasse o desenvolvimento da atividade. Os funcionários chegaram um pouco mais cedo e passaram a ajudar os que estavam de plantão deixando tudo em ordem e orientando o funcionário de outra enfermaria que veio substituir durante a realização da oficina.

²⁸ Relatório Anual e Planejamento estratégico da unidade, reavaliado pela equipe de enfermagem da unidade e encaminhado à Direção anualmente.

No horário combinado os participantes começaram a se colocar na sala de reuniões. Fiz a exposição dos motivos do trabalho, objetivos a serem alcançadas, dinâmicas a serem utilizadas. Solicitada a assinatura dos participantes no termo de livre consentimento, explicando sobre a homologação da oficina e critérios de participação, quanto ao programa dos demais encontros a ser definido pelo grupo participante, entre outras coisas.

Passado esta fase de orientação e instruções gerais, o gravador foi ativado. Neste momento foi pedida a ajuda de dois participantes para que colaborassem com a troca das fitas no gravador e identificação das mesmas.

Comecei mostrando o quadro com as fotos do ambiente e dos pacientes enquanto relacionava a cena visualizada com a estratégia de solução encontrada e as transformações ocorridas. Passamos a relembrar o aspecto do ambiente, e neste momento pensei: os funcionários provavelmente não leram o projeto, não sabem a forma como descrevi o ambiente e de como falei da assistência prestada. Experienciei um dilema ético, pois afinal de contas muito do conteúdo contido no projeto da prática assistencial se referia a eles, ao ambiente onde trabalhavam e aos pacientes que cuidavam. Comentei muitas vezes sobre o projeto, sobre o trabalho que estava sendo realizado na enfermaria e que pretendia utilizá-lo como tema para a minha dissertação, porém não conheciam o conteúdo. Mesmo tendo deixado uma cópia na unidade para que lessem, será que o fizeram? Se leram, como se sentiram?.

Assim achei de boa regra mudar a estratégia, focalizar este problema e compartilhá-lo com os membros da equipe. Verificando que os participantes não conheciam o conteúdo do projeto da prática assistencial, informei-os que para contextualizar o ambiente, a assistência prestada e a forma como os analisei, achei que seria importante, além de compor o quadro com as fotos “do antes e depois” e do relatório, fazermos a leitura do conteúdo do projeto. Assinalei minha preocupação com a ética e com o fato de conhecerem o conteúdo escrito, pois, afinal de contas, seria divulgado para uma comunidade científica.

Senti um certo desconforto porque, neste curto período de convivência, em meio às transformações ocorridas, aprendi a conhecer um pouco das pessoas com quem passei trabalhar e passei a desenvolver sentimento de estima e consideração, o que aumentava o meu compromisso com eles.

A enfermaria, foco de nosso trabalho, poderia ser uma excelente moradia ou pensão protegida não fosse a condição de abandono em que se encontrava, e este abandono tinha vários responsáveis, um deles, chamado de “a história da assistência ao portador de transtorno psíquico

e o paradigma reinante” que fazia com que os funcionários revelassem um “simplismo” na forma de lidar com aquela realidade.

Freire (1981) refere que o primeiro estado da consciência é a intransitividade e que esta resulta “de um estreitamento no poder de captação da consciência”.

é uma escuridão a ver ou ouvir os desafios que estão mais além a órbita vegetativa do homem. Quanto mais se distancia da captação da realidade, mais se aproxima da consciência mágica e se tornam superstições. A intransitividade produz a consciência mágica. [...] Se uma comunidade sofre uma mudança, econômica, por exemplo, a consciência se promove e se transforma em transitiva. Num momento esta consciência é ingênua. Em grande parte é mágica (FREIRE, 1981, p. 39).

O autor assinala que a passagem de uma consciência mágica para uma consciência crítica só acontece por um processo educativo de conscientização e que isto exige um trabalho de “promoção e crítica”. E acrescenta: “Na consciência ingênua há a busca de um compromisso; na crítica há um compromisso e, na fanática, uma entrega irracional” (FREIRE, 1981, p. 39).

Desconforto semelhante havia experimentado também, quando outras enfermeiras que também foram supervisoras da unidade, verbalizavam: “eu também tentei mudar muitas coisas, mas era muito difícil [...] não tinha apoio da Direção [...] não tinha recursos”, o que me remete, mais uma vez, ao que Freire (1981, p. 39) argumenta ainda sobre a intransitividade da consciência: “A consciência intransitiva responde a um desafio com ações mágicas porque a compreensão é mágica. Geralmente em todos nós existe algo de consciência mágica: o importante é superá-la”.

A partir do momento em que me confrontei com a realidade descrita e propus a possibilidade de mudança, muitos sentimentos se afloraram, tanto na equipe da enfermagem, como entre as enfermeiras da instituição e demais profissionais. Não cabe aqui decifrá-los e ou interpretá-los, mas seguramente, afloraram-se as defesas, resistências e relações de poder.

Não tinha a intenção de desvalorizar o trabalho de colegas e superestimar o trabalho que vinha desenvolvendo. Tenho um perfil pessoal e profissional inquieto, além do que a experiência anteriormente vivenciada e a aproximação com a metodologia problematizadora, bem como, meu afastamento do contexto manicomial me permitiu, provavelmente, perceber mais claramente aquela realidade e visualizar outras alternativas.

Freire (1981, p. 40) lista uma série de características da consciência crítica, com as quais me identifico:

- 1) Anseio de profundidade na análise de problemas Não se satisfaz com as aparências. Pode-se reconhecer desprovida de meios para a análise do problema;
- 2) Reconhece que a realidade é mutável;
- 3) Substitui situações ou explicações mágicas por princípios autênticos de causalidade;
- 4) Procura verificar ou testar as descobertas. Está sempre disposta às revisões;
- 5) Ao se deparar com um fato, faz o possível para livrar-se de preconceitos. Não somente na captação, mas também na análise e na resposta;
- 6) Repele posições quietistas. É intensamente inquieta. Torna-se mais crítica quanto mais reconhece em sua quietude a inquietude, e vice-versa. Sabe que é na medida que é e não pelo o que parece. O essencial para parecer algo é ser algo; é a base da autenticidade;
- 7) Repele toda a transferência de responsabilidade e de autoridade e aceita a delegação das mesmas.
- 8) É indagadora, investiga, força e choca.
- 9) Ama o diálogo, nutre-se dele.
- 10) Face ao novo, não repele o velho por ser velho, nem aceita o novo por ser novo, mas aceita-os na medida em que são válidos.

Ao iniciar este projeto não conseguia sentir-me totalmente confortável. Tinha a consciência que, deixava vulnerável, colegas de trabalho e instituição, ao mesmo tempo, em que tinha conhecimento de trabalhadores em saúde mental que transformaram a história a assistência ao portador de transtorno psíquico por meio de suas denúncias.

Quando fiz a descrição da realidade na apresentação de projeto assistencial, em sala de aula para os colegas e orientadores de mestrado, fui questionada por uma das alunas quanto ao fato de não ter denunciado a realidade descrita.

A colocação e críticas feitas pela colega suscitara mais um conflito ético em relação ao meu papel como enfermeira e cidadã. Não pude deixar de experimentar um misto de convivência e frustração e busquei refletir sobre isto. E mais uma vez, encontro em Paulo Freire argumentos

que me auxiliaram nesta reflexão. “O homem está no mundo e com o mundo. Se apenas estivesse no mundo não haveria transcendência nem se objetivaria a si mesmo” (FREIRE, 1981, p.30).

Penso que a denúncia começou no momento em que propus a possibilidade de transformação. Foi uma denúncia interna realizada nas reuniões de serviço e nos contatos com os gestores sobre a situação encontrada na enfermagem e da necessidade de mudança. A denúncia se concretizou com o conteúdo projeto assistencial e com o processo educativo. Muito mais do que delatar nos meios de comunicação ou nas autoridades competentes, uma denúncia deve envolver o compromisso com a mudança da realidade. Numa sociedade em transição pode-se adotar uma posição progressista ou reacionária e Freire assinala:

Não se pode é ficar com os braços cruzados. É preciso procurar uma nova escala de valores. O velho e o novo têm valor na medida em que são válidos. Ou se dirige a sociedade para o ontem ou para o amanhã que se anuncia hoje. As atitudes reacionárias são as que não satisfazem o processo e os valores requeridos pela sociedade de hoje (FREIRE, 1981, p. 37).

O autor refere que o homem transforma o mundo à medida que estabelece uma relação com este mundo e não apenas faz contacto com ele. A primeira característica desta relação é a reflexão. “Quando um homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias” (FREIRE, 1981, p. 30).

Passando à leitura do projeto, comecei com o capítulo da introdução onde relato parte de minha história profissional desde o momento que comecei a trabalhar no Hospital. Esta leitura aconteceu de forma interativa, pois alguns funcionários começaram a trabalhar na mesma época que eu, e outros antes. Os fatos passaram a ser relatados por eles também. Pedi aos participantes para que se colocassem, que interrompessem quando o conteúdo escrito não correspondesse à verdade.

Durante a leitura, tinha o cuidado de perguntar a todo o momento, se a descrição feita correspondia a verdade, o que era confirmado pelos presentes, e na medida em que ia prosseguindo com a descrição do ambiente e com a visualização dos fatos nas fotos, o grupo de participantes se entreolhavam, e surgiam sorrisos e olhares que pareciam encabulados, talvez surpresos ou quem sabe decepcionados, com o reconhecimento do que faziam e a convivência com a situação.

Desde o princípio, percebi que minha situação, enquanto pesquisadora, era ambígua, já que era também enfermeira da unidade e havia levantado o problema. Consciente desta realidade redobrei

esforços de autocrítica para que compreendesse com a maior objetividade possível o que transcorreria e como poderiam ser analisados os conteúdos e seus significados. Prosseguia a leitura atenta aos fatos, condutas e atitudes relacionadas direta ou indiretamente ao tema.

“[...] o refeitório é cuidado por um paciente, que todos chamam carinhosamente pelo diminutivo de seu nome. O mesmo limpa as mesas do refeitório com a mesma vassoura que limpa o chão, usa toalhas de banho para secar e limpar as louças. Cria cachorros, tem uma cadela que esta prenha que dorme no refeitório, e é insuportável o cheiro de urina [...]”.

E neste momento a leitura foi interrompida por um dos participantes:

(AE1) *“Quem lê isto, vai levar um susto muito grande. Tudo bem que estas coisas aconteciam, tudo é verdade, mas tem muita dramaticidade”.*

Ao descrever o ambiente procurei fazê-lo de forma a contextualizar a realidade. Cuidei para não fazer com exagero, porém foi impossível não chocar. A realidade quando vista e descrita com olhos mais críticos pode ser agressiva, porém não poderia “maquiar” esta realidade. E respondi:

“Tentei aliviar no meu relato [...], mas eu não posso enfeitar uma realidade como aquela”.

Neste momento a discussão se acendeu e os participantes expressavam suas opiniões:

(TE2): *“é, e a gente achava normal [...]”.*

(AT3): *“quando eu entrei nova, aqui, quando vim da UCM, eu levei aquele impacto, eu chorei uma semana, depois eu me acostumei”.*

(AT1): *“Jamais vou conseguir voltar a trabalhar como estava antes”.*

(AE6): *“Quem volta pra traz é caranguejo”.*

Mas **(AE1)** demonstrava uma especial preocupação com que as pessoas poderiam pensar e insistiu referindo:

“a impressão que dá é que tinha uma equipe aqui montada e parece que não dava bola para coisa, para o que estava acontecendo”.

Esta fala evidencia o sentimento de auto-estima. Além disto, as pessoas tendem sempre a achar um culpado ou encontrar justificativas que expliquem um fato. Um fato não se explica por si só. Nada acontece isoladamente e os fatos não podem ser analisados separados do processo

histórico-cultural. As tentativas para se encontrar possíveis “culpados” apareceram claramente como se pode observar nas falas dos participantes:

(AE1): “[...] não é querer achar um bode expiatório, mas a sociedade também, é culpada [...] as posições na equipe eram diferenciadas, ninguém pensava igual, ou do mesmo jeito [...] um serviço bem certo tem que ter um querer só, o mesmo objetivo [...] Bem esta mudança que tu fizestes foi mais eficiente, mas houve momentos na equipe que foi questionado e foi pedidas mudança, e elas não aconteceram [...] faltava essa coordenação... não vou dizer que não!”.

(TE2): [...] “todo mundo ficou esperando e deu no que deu [...] eu acho que não é apoio da Direção, eu acho que não, a vontade é que foi pouca”.

(AT1): /...] “acho que os outros supervisores não tinham capacidade”.

(AE2): [...] “Tu tens mais apoio da Direção [...] a vontade... e os outros não vou dizer todos,... tentaram.... mais não conseguiram! [...]”.

Sentimento de culpa, justificativa, julgamentos e isenção. Nestas falas pode ser analisada uma gama de sentimentos e também era colocado em pauta o papel da enfermeira. De qualquer forma, pode-se perceber o início do processo educativo, quando o grupo passa a fazer uma reflexão crítica, procurando encontrar não somente as causas, mas também os “porquês”.

A reflexão crítica do trabalhador social tem relação central com a “mudança cultural”. Freire (1981) assinala que para se compreender o que é mudança cultural é preciso pensar o que é cultura e isto implica em pensar criticamente a estrutura social para descobrir a forma pela qual se constitui. “A estrutura social precisamente por ser social é humana, e se não fosse humana seria uma simples “estrutura suporte”, como é para o animal que, “como um ser em si”, não é capaz de “significa-la animalmente” (FREIRE, 1981, p. 56).

Freire (1981, p.57) analisa vários significados de cultura e assinala que cultural também é “a visão que tem ou estão tendo os homens de sua própria cultura, da sua realidade”, e aponta que esta questão “deve ser criticamente estimulado em todas as dimensões do trabalho da Corporação”.

Porém esta questão apontando também para o papel da enfermeira e o que deve ser desempenhado por ela, é fato bastante discutido em todas as instituições. “Os discursos dos dirigentes e os documentos institucionais consubstanciam uma verdadeira prescrição do modo como os agentes da enfermagem devem atuar” conforme assinala Fraga (1993, p.149) em um estudo sobre a prática de enfermagem realizada em algumas instituições psiquiátricas.

Fraga (1993) destaca que o papel da enfermeira evidenciado pelos entrevistados, bem como, no discurso e documentos institucionais apontam para a divisão técnica e social do trabalho dentro da categoria profissional e fora dela. O trabalho da enfermeira tem sido enfatizado de extrema importância na “colaboração que presta ao trabalho médico” e planejar, comandar e fiscalizar o trabalho da equipe de enfermagem. A autora destaca também que nos documentos analisados nas instituições estudadas, a normatização das competências da enfermagem por nível de formação profissional está descrita “obedecendo a uma ordem decrescente – das tarefas mais ‘intelectuais’ e ‘nobres’ para as mais ‘manuais’ e menos ‘dignas’”. O estudo sustenta em muitas entrevistas que as tarefas destinadas às enfermeiras, de acordo com a disponibilidade destas na instituição, se repetem para outras categorias, fazendo com que em alguns documentos institucionais aparecessem funções específicas do enfermeiro sendo atribuídas às outras categorias. No entanto, todos documentos, apontam como função da enfermeira, uma gama de atividade administrativas e burocráticas intelectuais e mais “nobres”.

Isto remete-nos imediatamente a repensar no papel da enfermeira, nossos objetivos na instituição e em nossa posição pessoal e profissional a respeito de nossas habilidades e competências - na esfera pública, privada e comunitária-junto à população.

As falas passaram pela questão da centralização do poder que a instituição supostamente coloca nas mãos da enfermeira, exigindo sua assinatura e seu encaminhamento em situações, sejam administrativas ou técnicas. Falo supostamente, porque é um poder efêmero, para burocratizar, para dificultar ações simples como um pedido de troca de uma lâmpada queimada ou um vaso sanitário entupido como pode ser evidenciado na fala do (TE1):

“Com relação a solicitação de algum serviço ta! Eu senti na pele, outro dia umas coisas ruins assim! Solicitei as” "pratileirazinhas" de colocar caixa de som! Já me barraram, falta comunicação da enfermeira! Aí liguei para outra pessoa, daí disseram, “tens que solicitar para o chefe da carpintaria"! aí tentei a comunicação, aí não sei mais o que... ah, tens que falar com tal pessoa, daí foi passado pra ti e tu fizesses a comunicação.

Rocha (1994, p. 120) fala dessas atividades atribuindo-as a falta de definição do papel da enfermeira assinalando:

No vazio de uma teoria consistente, sem uma definição da abrangência de suas atribuições, o enfermeiro ocupa-se de ‘tudo’: do livro, da roupa, do censo, do cano quebrado, da privada entupida, da gata que teve filhotes, das escalas, do controle das faltas, dos pedidos de material, dos recados para os familiares dos

pacientes, entre outras coisas. O que fica faltando, porém, neste ‘fazer tudo’, o mais importante: definir quais são as demandas dos clientes que podem ser respondidas pela enfermagem, e quais as respostas, orientando o grupo de trabalhadores neste sentido.

Esta análise de Rocha, inexoravelmente provoca uma reflexão sobre a prática da enfermeira, que distanciada de seu papel assistencial e de educadora, segue a orientação basicamente tecnicista, com pouco hábito de uma reflexão sistematizada, e, não tendo oportunidade de participar de atividades que propiciem o autoconhecimento e proporcionar o conhecimento ao grupo de trabalho, aceita passivamente as atividades meramente burocráticas.

O medo do retorno à situação anterior foi muitas vezes verbalizado. Os funcionários expressavam um sentimento de insegurança quanto ao processo de mudanças implantadas, temendo serem passageiras e que com a possibilidade de minha saída, todo o trabalho se perdesse. Isto pode ser evidenciado na fala abaixo:

(AE1): *“isso pode vir não dar certo na mudança da enfermeira?”.*

Este sentimento de medo sempre me afligia, quando saía da unidade por qualquer motivo. A função de vigilante que é conferido à enfermeira, as condições de trabalho, a falta de um processo educativo permanente que nutrisse a consciência profissional dos trabalhadores não me permitia pensar que estes trabalhadores desenvolveriam suas atividades da mesma forma como se eu estivesse presente. Isto se justifica na certeza da má qualidade dos profissionais com que se trabalha ou na certeza de que nossa presença não transforma e somente reforça o papel de controladora.

Desta forma, procuro desmistificar esta visão de “salvadora” frente ao grupo referindo:

“O compromisso de vocês e de cada profissional aqui presente é com o paciente! Não é comigo! Porque eu sou passageira! Nós todos somos passageiros, e eles moram aqui! Muitos passam a vida inteira aqui dentro! Então, o nosso compromisso, é com eles!”.

O compromisso profissional de cada indivíduo deve ser verdadeiramente com o sujeito de seu trabalho. Freire (1981) assinala para a importância do compromisso profissional, “em cuja ação de caráter técnico se esquece do homem ou se o minimiza, não pode ser verdadeiro”.

Continuando a leitura do projeto assistencial e ainda contextualizando o ambiente, me referia às condições encontradas no pátio:

“[...] o pátio tem fezes, em vários lugares. Os pacientes utilizam uma parte do pátio, atrás da enfermaria, para suas necessidades fisiológicas. As camas, na sua grande maioria, ainda são as mesmas da época da inauguração do hospital, organizado desordenadamente e de forma antiestética, aparentemente sem justificativa. Vários colchões estão rasgados, queimados e sujos. Um dos pacientes é chamado pelo nome de "macarrão", que fora atribuído pelo aspecto de seus cabelo”

Neste momento, os funcionários iniciam as discussões em torno do que fazer, preocupação de como manejar e abordar corretamente os pacientes para modificar estes hábitos que adquiriram durante o processo de institucionalização. Novamente a discussão volta ao papel exercido pela enfermagem, agora com o foco no verdadeiro papel do auxiliar e técnico de enfermagem em psiquiatria. Este aspecto leva à discussão do preparo profissional e o que recebem na formação básica e especificamente no preparo para se trabalhar em psiquiatria.

A leitura prossegue e passo a descrever a equipe:

“Quanto a equipe da enfermaria é composta, por pessoas, na qual se observa relações de uma convivência conflitante. Vivenciam problemas de relacionamento, executam atividades rotineiras, de alimentação, banho, repetitivas, executadas mecanicamente, demonstrando pressa e muita prática na sua realização. Fazem atividades de higiene, medicação, alimentação, cuidados físicos, semelhantes aos que são prestados nas enfermarias de unidades clínicas, além das atividades de vigilância e de controle dos pacientes...”

Parei a leitura e questionei individualmente cada participante sobre o papel de cada um dentro da equipe de enfermagem junto ao paciente, e transcrevo algumas respostas:

(AE3): *”seria reeducar também né?”*.

(TE2): *“cuidar, orientar... eu acho que às vezes a gente vai esquecendo né? Porque a gente tá lidando com um ser humano e não com uma máquina, que tem que ser coordenado, só que, às vezes, a gente tá tão mal acostumado, que vai passando em branco né? Vai passando batido, não tendo noção do que tá fazendo”*.

(TE3): *“abrange desde o banho, alimentação, até administrar a medicação... tudo! Cuidados físicos”*.

(AT2): *“trabalhar com eles... trabalhar com o paciente, ajudar ele a fazer as coisas!”.*

(AE1): *“eu acho assim, a gente às vezes se perde fazendo só o lado físico da coisa, o estresse psicológico, o afetivo do paciente que às vezes tu não trabalha! Essa mecanização do serviço tem que ser mais trabalhado também!”.*

(TE1): *“observando ele, o comportamento e tudo, para depois conseguir chegar... dar um cuidado”.*

Mais uma vez, a indefinição dos papéis desenvolvidos pela enfermagem volta a ser discutido. Qual o papel da enfermagem psiquiátrica? Qual o papel de cada profissional que atua em psiquiatria? E qual o trabalho específico do trabalhador em enfermagem psiquiátrica? Quem é o sujeito de nosso trabalho, a instituição e seus trabalhadores, seus dirigentes ou o paciente?

Os participantes praticamente não conseguem se expressar quando são indagados quanto ao seu papel. Esses profissionais ingressaram no mercado de trabalho sem um treinamento formal e regular para entrar na área de saúde mental. Ao serem admitidos, alguns receberam informações específicas, porém a falta de sistematização na oferta de cursos de reciclagem profissional, excesso de carga horária de trabalho, falta de motivação para participar de eventos afins, contribuem para o distanciamento entre o saber e a prática, tornando-se executores de ordem médica, realizando cuidados de higiene, conforto e vigilância, sem a compreensão do valor terapêutico de sua prática.

O conhecimento recebido em enfermagem psiquiátrica é incipiente, tratando essencialmente das patologias e farmacoterapia, com pouca carga horária, algumas escolas dispensam o estágio, o quando o proporcionam, são realizados em hospitais psiquiátricos exclusivamente, o que contribui para a visão manicomial e assistencialista.

Mesmo os que participaram de algum curso de reciclagem, só o fizeram em serviço, por meio de uma metodologia tradicional, não utilizam este conhecimento em sua prática diária e demonstram fragilidade de um saber específico, o que pode ser percebido na fala de um dos participantes:

(AE2): *“eu fiz um curso com a S., e aprendi muita coisa, mas se for pra eu falar eu não sei.. eu sei pra mim entendesse?”.*

Não apresentam conhecimentos e informações suficientes para subsidiar um diálogo sobre a doença/saúde mental. Mantiveram-se no cotidiano do trabalho realizando as mesmas atividades o que contribui para a alienação profissional. Fraga (1993) enfatiza que o principal desafio para

a enfermagem é a formação de seus agentes para atuar em saúde mental. E que nenhum avanço significativo se conseguirá para a enfermagem psiquiátrica se paralelamente não ocorrerem avanços significativos na condição de vida e saúde da população, e avanços democráticos traduzidos em maiores conquistas quanto aos direitos sociais!

O conteúdo do projeto e as modificações realizadas no ambiente para torna-lo humanizado e proporcionar condições de prestar um cuidado humanizado foi o tema discutido durante todo o tempo disponível neste primeiro encontro.

Assim, realizamos uma análise crítica do contexto, que nos permitiu uma melhor compreensão e aproximação com o problema desafiador, além do que, possibilitou-me fazer uma pré-seleção dos temas que poderiam ser abordados nos demais encontros para atingir os objetivos propostos.

No transcorrer desta primeira oficina, as falas dos funcionários apontavam para os aspectos históricos, culturais, de poder, de valorização do ser humano e para uma melhor compreensão dos aspectos que permeiam o cuidado ao portador de transtorno psíquico. Esta análise foi realizada com a leitura das fitas transcritas, onde foi possível constatar também o papel disciplinador e de poder que as enfermeiras desempenham sob os demais profissionais de enfermagem, e que na fala de (AT1) está contextualizada, demonstrando a resistência à subordinação.

”aquelas enfermeiras sargentonas, que forçavam os funcionários a fazerem o que não queriam, não se admite mais”.

Durante as discussões pude observar também a fragilidade do saber técnico que permeava o diálogo. Os participantes praticamente não conseguiam se expressar a respeito do que entendem sobre saúde/doença mental e seu sujeito:

(AE3): *“o doente mental pra mim é pessoa que tem um distúrbio! Não assimila tão bem as coisas como eu! Ele tem uma certa dificuldade...”.*

Falam da experiência diária, de um saber construído na prática, porém carecem de um saber técnico.

(AE2): *eu sei como é que se faz...não sei se é mais por causa da idade já, ou muito tempo de colônia, sabe lá..... por exemplo, tu faz um curso, bota quatro perguntas pra assinalar a certa, Eu vou lá e assinalo a certa.....Agora se for pra mim me expressar sobre aquilo ali, eu já não sei...*

(TE2): eu acho que às vezes a gente vai esquecendo né? Porque a gente tá lidando com um ser humano e não com uma máquina, que tem que ser coordenado, só que, às vezes, a gente tá tão mal acostumado, que vai passando em branco né? Vai passando batido, tu não tens noção do que tá fazendo!

Permeando os diálogos percebi também uma preocupação destes com a dicotomia entre o conhecimento científico e a prática, sendo que, em muitos momentos, verbalizavam a dificuldade para compreender e a vontade para aprender. Do contrário como afirmou Fraga (1993) em um estudo realizado em instituições psiquiátrica do Ceará, não observei nas falas dos participantes, o desprezo pelo saber técnico que a autora identificou.

Na enfermagem psiquiátrica, onde os profissionais de enfermagem são especialmente pouco preparados para trabalhar na função, o papel de educador da enfermeira pode ser um grande aliado, promovendo no ambiente de trabalho, um ambiente para as discussões das situações vividas com os trabalhadores, aliando o saber empírico e científico à prática profissional, estabelecendo desta forma o trânsito entre os saberes o que refletirá no cuidado ao paciente.

Neste contexto, pode ser também evidenciado que a educação em enfermagem, quando ocorre, processa pouca ou nenhuma transformação no ambiente de trabalho, pois tem acontecido desvinculada da prática, de forma tradicional e depositária, desarticulada do mundo de trabalho, e por isto mesmo, desinteressante, perpetuando o fazer, “atuando sem pressupostos conceituais, sem pensar, agindo por tradição e rotina despendendo recursos e esforços na repetição acrítica de suas atividades” (SOUZA, GALVÃO E SANTOS, [s.l;:s.n, 199--])

Outro aspecto que surgiu foi a questão da desvalorização profissional da enfermagem em relação aos demais profissionais que trabalham no hospital, colocando em evidência o poder e o fazer do médico:

(AE6): “a Dr^a. K. é uma figura difícil! Eu gosto dela, mas acontece que eu tô sempre ali quando ela chega, mas se eu pudesse eu corria 800 metros”.

(AE1) “às vezes o médico só prescreve e não olha, mas falta a equipe levar também”.

(AE3): “eu nunca vi um médico conversar com um paciente!”.

(TE3): “a gente tem que passar pro médico que o paciente está agitado”.

Neste encontro, assumimos o compromisso de refletir sobre o processo procurando identificar as causas e os porquês da situação contextualizada, e programamos ainda, os dias em que realizaríamos as demais oficinas.

Esta foi uma etapa de desvelamento da consciência crítica, de descobertas e de revisão de postura ética e de valores. Fiquei um pouco apreensiva com os rumos da oficina, não houve tempo de fazer uma avaliação e também de encerrar com alguma dinâmica e só me restava aguardar, acreditando que, somente a participação real e crítica de todos os envolvidos no processo, poderia gerar as condições necessárias para as transformações.

Para Freire (1987) ao lado do direito de cada um, existe o direito de saber melhor o que já sabiam, isto é, de chegar a um conhecimento crítico que transcenda o saber meramente opinativo, daí sua luta por uma pedagogia que ajude o educando na construção de uma sociedade democrática.

“Saber melhor o que já sabiam” não por que fossem incapazes de compreender, como afirma o autor, mas pelas condições precárias em que se encontravam. “Sendo proibidas de saber, apoiavam-se na propaganda ideológica e não no esforço para se assumirem como sujeitos curiosos, indagadores, em processo permanente de busca, de desvelamento das razões de ser dos fatos” (FREIRE, 1987, p. 41).

7.2 Segunda oficina: subsidiando o caminho para novas mudanças

O segundo encontro foi programado com o objetivo de identificar e validar a realidade a ser problematizada, o problema a ser solucionado, bem como definir os pontos chave e a teorização a ser realizada. Pretendia também, introduzir os participantes na metodologia problematizadora para construção do arco da problematização e dar início a um processo de reflexão sobre o cuidado ao portador de transtorno psíquico.

Programei uma técnica de sensibilização para estimular os participantes a refletirem criticamente e se comprometerem com o processo de mudança. A dinamização da técnica motiva o compromisso e a reflexão crítica no processo de conscientização, oportuniza a re-significação de emoções, valores e conhecimento.

A técnica que denominei “mudar é preciso²⁹” consistiu em solicitar ao grupo que ficassem aos pares, de costas um para outro. Ao meu comando cada um dos participantes deveria trocar alguma coisa em sua aparência pessoal. O mesmo procedimento foi solicitado e realizado por 3 vezes, sendo que, ao final de cada etapa, os participantes deveriam comentar sobre as mudanças acontecidas em seu parceiro. O grupo estava bastante descontraído, porém a motivação não impediu que a resistência ao processo fluísse:

(TE 1): *mudar o quê?*

(TE 3): *mudar pra quê?*

(AT 2): *não tem nada pra mudar.*

Insistia com o pedido de mudanças e então o grupo começou a produzi-las, de forma que ao final de cada etapa, todos haviam mudado alguma coisa em seus vestuários, nos cabelos ou nos objetos que portavam. Alguns dos participantes conseguiam identificar as mudanças, outros não, e ao final da dinâmica, propus a avaliação.

Os participantes riam, brincavam, porém perceberam o significado da técnica fazendo a relação da vivência com o cotidiano da assistência. Esta observação pode ser constatada na fala dos participantes após a finalização quando verbalizaram:

(TE 1): *“e eu achei que é importante pra gente poder observar os mínimos detalhes das coisas da enfermaria, porque às vezes um paciente com um pequeno sintoma, a gente deixa passar batido e não observa que ele pode ter uma complicação com aquilo. Então se a gente for um pouco mais detalhista, vai ver aquele sintoma, pode gerar alguma complicação pra ele”.*

(AE 1): *“a coisa do sempre foi assim” não preciso mudar, a gente vê isto nesta brincadeira...”*

(AE 3): *“ou a velha história da roupa virada do avesso... que a gente não observava o paciente com roupa do avesso [...] o paciente sem calçado”.*

Nesta fala o participante se referia a uma situação particular que acontecia com os pacientes da unidade, em que os funcionários não orientavam os pacientes quanto a sua aparência, não intervindo junto aos mesmos para o uso de calçados e roupas, sendo que era freqüente encontrar os pacientes com roupa virada do avesso, com a braguilha da calça virada para trás ou com as sandálias trocadas de pé. Em uma reunião de equipe, há algum tempo atrás, resolvi problematizar a situação entrando na sala com as roupas do avesso e com as sandálias trocadas.

²⁹ Vivenciei esta mesma técnica em um curso de relações humanas desenvolvido neste hospital psiquiátrico.

Percebi que os funcionários logo observaram, porém nada falavam, então prossegui a reunião, até que uma das funcionárias chamou minha atenção para o fato.

Perguntei como haviam percebido, ao que responderam que não era a forma habitual de me apresentar, por isso perceberam. Utilizei a dinâmica para sensibilizar os funcionários para a necessidade de se observar nos pacientes, comportamentos e atitudes que pudessem auxiliá-los na socialização e na adoção de hábitos considerados normais e que contribuíssem para sua autoimagem.

Inicialmente alguns funcionários relataram ressentimento com a dinâmica, alegando que os havia subestimado, porém resultou em um processo de mudança, pois passaram a perceber e auxiliar os pacientes a se vestirem e usarem os calçados. Posteriormente avaliaram o benefício que a técnica trouxe ao cuidado.

Os participantes também focalizaram a importância de que as pessoas com quem se convive, reconheçam as mudanças:

(AT 3): *“a gente fica triste, porque ninguém observou”*

(TE 1): *“mas quando muda também quer que seja observado que mudou”*

O diálogo do grupo em relação à técnica trouxe situações do cotidiano em que as resistências afloraram frente à possibilidade de mudança e situações que se repetiam apesar de minhas intervenções diárias. Um dos participantes se refere ao mecanicismo com que os trabalhadores de enfermagem desenvolvem as atividades e que isto muitas vezes colabora para que não se perceba a necessidade de mudança:

(AE 1): *“pois é, essa coisa assim, a coisa da mecânica, como é que fala? Numa atividade industrial, é uma atividade mecânica e repetitiva, daí ninguém esquece de fazer o que tem que fazer. [...] se ele esquecer do trabalho dele, ele que é o responsável, ele que vai ser cobrado, então ele que sabe o que tem que ser feito”.*

As falas também encerram a falta de autonomia que os trabalhadores se habituaram a trabalhar e a dificuldade em se determinarem no desenvolvimento de seu fazer.

(AE 1): *“A gente pega um ambiente onde ninguém tem uma atividade fixa, definida, tudo é de todo mundo, todo mundo sabe, todo mundo não faz. Então isso, acho que é um problema da equipe”.*

(TE 2): *“a gente não sabe qual é a sua vez... entendeu? é isso”*

A questão do vínculo do funcionário público na saúde e do descompromisso profissional também é evidenciada.

(AE 1): “Eu acho que o serviço público propicia muito isso. Não que se deve fazer uma máquina de cada um, mas se tu pensar na verdade o que acontece é isso: é acomodar [...] uma vez eu pensei assim: o serviço público ainda funciona porque alguns fazem o que todo mundo deveria fazer, alguns se superam”.

Quando os exemplos de falta de cuidado aos pacientes são colocados pelo grupo, os participantes demonstram saber fazer uma apreciação ética sobre o fato, no entanto, em muitas situações é evidente a conivência que se estabelece no erro dos profissionais de enfermagem, onde os atos errados não são denunciados, determinando um corporativismo nocivo, que assume conotações desumanas, quando o foco deste é um indivíduo incapaz de poder reclamar seus direitos. A fala de (AE3) evidencia esta relação quando coloca:

“Se a gente vê a coisa errada, vai falar, vai ser chamada de dedo duro”.

Dando prosseguimento à programação, achei importante o grupo ser informado sobre a Pedagogia Libertadora de Paulo Freire e a Metodologia Problematizadora, pois iriam traçar nossos caminhos. Fiz um breve histórico sobre o trabalho de Paulo Freire, de como ensinava os camponeses no campo, no seu cotidiano, valorizando seus saberes, crenças e cultura. Para promover mudanças necessárias, Freire estabelecia com os sujeitos, um processo educativo, promovendo a conscientização dos educandos. A mudança de uma sociedade de oprimidos para uma sociedade de iguais e o papel da educação é a preocupação básica da pedagogia de Paulo Freire, bem como o papel do trabalhador social em um processo de mudança. Apresentei também, os trabalhos de Bordenave, que sendo um discípulo de Paulo Freire, utilizou seus princípios desenvolvendo um método para contextualizar o ensino, esquematizando o processo educativo através de uma pedagogia baseada na reflexão da realidade, buscando identificar o problema e encontrar as soluções.

Essa teorização sobre a Metodologia Problematizadora e a Pedagogia Libertadora de Paulo Freire visava fazer uma aproximação do grupo participante com a metodologia e com o arco da problematização, que foi esquematizado em folha de cartolina, sobre um mural para ser completado a cada etapa junto com os participantes, ou seja, nos momentos em que desvelaríamos a realidade a ser trabalhada, o problema a ser resolvido, os pontos chave e a teorização que auxiliariam a resolver o problema anunciado e as hipóteses de solução encontradas.

Os pontos chave do problema que foram definidos pelo grupo geraram os temas a serem explorados, e que foram teorizados. Ao final de cada tema gerador, o grupo definiu as hipóteses de solução encontradas, ou seja, o que a exploração do tema em questão, contribuiu para a compreensão e resolução do problema.

A metodologia problematizadora tem seu ponto de partida na realidade em que se insere o trabalhador, seu campo de atuação. Desta forma, os participantes foram guiados a refletir sobre esta realidade, buscando delimitar, dentro do campo de atuação dos trabalhadores de enfermagem desta enfermaria, qual a realidade a ser trabalhada. Este momento “objetiva olhar o mundo circundante e, a partir de percepções pessoais, realizar uma leitura sincrética ou ingênua da realidade – Síncrese. Nesta primeira leitura distingui-se o que é periférico do que é central. Assim, de uma primeira percepção global e indistinta, busca-se outra, agora, mais organizada e distintamente percebida” (PRADO et al. 2000, P. 120).

A realidade a ser trabalhada foi identificada como “**O cuidado prestado aos portadores de transtorno psíquico na unidade de estudo**”.

O próximo passo consistiu em identificar qual o problema a ser resolvido naquela realidade e quais os pontos chave ou variáveis da situação que originaram o problema. Novamente, buscando a reflexão do grupo, falei de minha inquietação inicial, quando comecei a trabalhar na enfermaria: “*De que maneira poderia contribuir para uma melhor compreensão das situações vividas pela equipe de trabalho, neste espaço institucional e melhorar a qualidade do cuidado prestado ao ser humano?*”. Minha inquietação foi absorvida pelos demais participantes que refletiram sobre a pergunta norteadora do estudo que passou a ser de todos, passando a ser formulada no plural quando a validaram como o “**problema**” a ser solucionado.

Desta forma, distribuí papel e caneta aos participantes e solicitei que pensassem sobre a realidade a ser trabalhada, quais as causas que determinaram a ocorrência do problema, ou seja, quais os **pontos chave** estavam relacionados a ele.

Os participantes foram avisados que o anonimato das respostas seriam mantidas. Optei pelo anonimato para deixar o grupo mais à vontade, porém demonstraram muita dificuldade em identificar o que fora solicitado. As respostas não corresponderam as minhas expectativas, pois esperava que o grupo elegeisse as causas do problema de forma direta, porém os participantes identificaram em suas resposta, atitudes que poderiam ser adotadas, frases que aparentemente refletiam a visão dos participantes sobre a realidade observada:

“A sociedade esquecida; Pacientes que necessitam um tratamento melhor; Enfrentar os problemas de frente quando surgem; A nossa realidade esta embasada nos cuidados com pessoas que necessitam do nosso apoio. E esses cuidados devem ser da forma que nós gostaríamos de receber dos outros; É um desafio que tem que ser feito, situações e dificuldades que tem que ser sanadas; Realidade é aprender mais; A nossa realidade frente aos problemas enfrentados, as dificuldades, a nossa falta de observação; Aprender, compreender, trabalhar em conjunto; Entender o que acontece com o paciente”.

Nas respostas dos participantes, havia elementos que indicavam a necessidade de mudança do cuidado prestado (pacientes que necessitam tratamento melhor), necessidade de um processo educacional (é aprender mais) e compreensão (entender o que acontece com o paciente).

Procurando esquematizar os pontos chave e levá-los a refletir, busquei analisar o que cada fala encerrava e relacioná-las com os determinantes já conhecidos do problema. Apesar da dificuldade de expressão dos participantes, suas falas apontavam para o **paradigma reinante**, **estigma** presente na relação com o portador de transtorno psíquico e o **desconhecimento** culminando com a **desumanização** do cuidado. Esses aspectos foram validados pelos participantes como os pontos chave do problema, que segundo Prado et al (2000, p. 120) “são entendidos como as variáveis mais importantes que determinam a realidade observada. São aqueles que modificados, modificam a situação, ou seja, podem contribuir para a solução do problema evidenciado”.

O passo seguinte consistia em refletir com o grupo sobre como e onde buscar informações sobre a realidade observada e sobre os pontos chave identificados para a resolução do problema evidenciado. Mais uma vez os participantes foram convidados a refletir sobre os condicionantes desta realidade e passamos a fase da teorização.

Solicitei a cada um dos participantes que escrevesse, mais uma vez, nas tiras de papel previamente distribuído, os temas (geradores) que nos ajudariam a resolver o problema da realidade levantada. Os participantes foram informados que eu já havia feito a seleção dos temas partindo das conversas que tivemos até o momento, e que deveriam fazer o mesmo. Posteriormente, as respostas dos participantes seriam analisadas e comparadas com a pré-seleção que fizera anteriormente.

Os temas geradores encontrados pelos participantes encerravam mais atitudes a serem adquiridas pelo grupo de trabalhadores, do que temas a serem explorados, conforme pode ser observado abaixo:

“Ter mais tempo disponível para observar os clientes; Ser mais observador das situações e ter o bom senso de ajudar e não criticar e ver no próximo, paciente e funcionário, um ser humano com defeitos e sentimentos como nós mesmos; Valorização social dos clientes; Ter mais observação com os clientes para obter maiores cuidados; Trabalho em grupo, observação, atenção; Manejo e abordagem ao cliente; Ser verdadeiro, colocar a situação que se identificar não correta á pessoa. Saber compreender a crítica feita à você (eu) (para mim). Entender a colocação, me corrigir em atitudes. Não levar pelo lado do deboche, pois entendo que ao errar, eu aprendo e aprendendo, não devo errar novamente. Deve ter mais amizade verdadeira; Observar melhor o paciente e ser mais compreensivo. Que todos observem o paciente por igual, principalmente no cuidado com o paciente. Trabalhar mais em conjunto com a equipe; Trabalhar em grupo, saber identificar os problemas dos pacientes, esta sempre estudando, reciclar e adquirir novos conhecimentos, tratar os pacientes com mais carinho e atenção, e manter o ambiente mais harmonioso; Ter mais tempo disponível”.

As respostas mostram novamente a dificuldade dos participantes em se expressarem e atenderem ao questionamento, porém as frases, principalmente as destacadas acima, pareciam indicar uma necessidade dos funcionários em obterem um curso de reciclagem e atualização, além de deixarem transparecer estarem sensibilizados para o processo de mudança. Evidenciaram a preocupação dos funcionários com questões que orientam seu trabalho, e atitudes que devem tomar, ante a alteração da condição do paciente.

Assim, procurei analisar as respostas juntamente com o grupo, levando o mesmo a refletir, sobre os assuntos que poderiam ser teorizados. Durante as discussões, apresentei os temas que havia selecionado, e questionava aos participantes, qual a importância que cada um dava à sua discussão. Após uma reflexão, que permearam os pontos chave do problema, os temas foram validados pelo grupo, considerando sua relevância e pertinência ao proposto, lembrando que na teorização, seriam explorados os pontos chave levantados pelos participantes.

Os temas a serem teorizados estão destacados abaixo:

1. A história da psiquiatria no mundo, no Brasil e em Santa Catarina;

2. Reforma Psiquiátrica no Mundo e no Brasil;
3. A valorização do ser humano;
4. A compreensão do psiquismo humano, formas de manejo e abordagem ao portador de transtorno psíquico;
5. O cuidado: as diversas formas de cuidado e o cuidado de enfermagem ao portador de transtorno psíquico.

Para sensibilizar os participantes e suscitar reflexões acerca dos temas propostos, havia selecionado uma série de textos supondo os assuntos que poderiam aparecer. No intervalo, analisei todo o material preparado e separei três textos³⁰:

1. Simião Bacamarte e o manicômio: um monólogo.
2. Antipsicóticos, neurolépticos, tranquilizantes maiores e drogas antiesquizofrênicas.
3. Nós somos águias

Com o primeiro texto planejava suscitar reflexões a cerca da instituição total que é o manicômio, sua ideologia e as relações de poder e opressão que este tipo de instituição exerce sobre seus sujeitos, tanto pacientes como funcionários. Drummond (1995) através de seu personagem Simião Bacamarte, trava um monólogo angustiante, metaforizando a condição manicomial, a segurança do psiquiatra, a opressão do sofredor psíquico asilado e a manipulação dos demais profissionais para a manutenção do “status manicomial”.

Realizamos uma leitura em grupo, a princípio silenciosa e depois tumultuada. Um dos participantes comenta:

³⁰ 1º texto: DRUMMOND, José Paulo. Simião Bacamarte e o manicômio: um monólogo. In: Curso de Especialização em Metodologia do Ensino Médio para a Profissionalização em enfermagem. O prazer de ensinar e aprender, Fpolis: UFSC, módulo I – anexos, 1999, p. 4-5.

2º texto: STAHELIN, A. F. & LAGRANHA, S.E.S. Antipsicóticos/neurolépticos/tranquilizantes maiores/drogas antiesquizofrênicas. In: Curso de Especialização em Metodologia do Ensino Médio para a Profissionalização em enfermagem - Aspectos operacionais do processo de ensinar-aprender. Fpolis: UFSC, módulo IV – anexos, 2000, 40-41.

3º texto: BOFF, Leonardo. À águia e a galinha. IN: Curso de Especialização em Metodologia do Ensino Médio para a Profissionalização em enfermagem. O prazer de ensinar e aprender, Fpolis: UFSC, módulo I–anexos, 1999, p. 10-11.

(TE1): *“enquanto ele (o psiquiatra) esta aqui dentro, ele é um Deus. Ele manja de tudo na psiquiatria. Se alguém provar ao contrário, que não precisa ter cliente internado aqui, só um ou outro, que a maioria pode se tratar lá fora, ele vai perder muita clientela, vai perder o status de médico, de cientista”.*

(AE1): *“a instituição dá proteção, mas não dá a liberdade, através do medo inibe a liberdade, inibe a manifestação da doença através do medo. [...] quando o paciente interna perde a liberdade”.*

(AT1): *“no momento que o ser humano interna, ele já não é mais considerado cidadão, né. [...] eu acho que sempre vai haver o hospital psiquiátrico, por que, como que uma pessoa dessa que é rejeitado pela sociedade, que a família não quer, pelo governo, acho que é melhor ele estar no hospital psiquiátrico”.*

(TE1): *“Se ele (psiquiatra) diminui o número de leitos, ele trabalhava menos, e também era exigência do poder lá de fora que o numero de leitos diminuísse, por que o espaço por metro quadrado na psiquiatria não era adequado, faltava espaço para o paciente... [...] ele (o paciente) não vai ficar como uma propriedade do hospital, ele não vai ficar a mercê do hospital, vai ser feito parceria, hospital e família.. mas a assistência vai ter que existir sempre”.*

Considerarei que neste momento, evidenciou-se mais um processo educativo, pois a consciência e a reflexão crítica da realidade opressora em que trabalhamos e “cuidamos” começa a ser desvelada. Os participantes comentam sobre o processo de institucionalização produzido nos pacientes, as perdas que sofrem, nas diversas formas de poderes que exercemos e na necessidade de construir um novo modelo assistencial.

De acordo com Freire (1983, p. 12) “conscientizar não significa de nenhum modo, ideologizar ou propor palavras de ordem. Se a conscientização abre caminho à expressão das insatisfações sociais é porque estas são componentes reais de uma situação de opressão”.

Este foi um momento difícil que vivenciei junto ao grupo, pois me passava uma sensação de estar traindo os interesses da instituição, e quem sabe, “fazendo a cabeça” de um grupo de pessoas com a reflexão crítica sobre a realidade em que trabalhamos. Mas como não falar? Freire argumenta:

O grande perigo do assistencialismo está na violência do seu antidiálogo, que impondo ao homem mutismo e passividade, não lhe oferece condições especiais para o desenvolvimento ou a ‘abertura’ de sua consciência que, nas democracias autênticas, há de ser cada vez mais crítica (FREIRE, 1983, p.57).

Sem uma consciência mais crítica não seria possível desenvolver um processo educativo, integrar-se a uma nova crença e possibilitar a participação nas transformações locais.

O segundo texto objetivava refletir sobre a condição do portador de transtorno psíquico à mercê de nossos cuidados, das drogas que administramos, da disciplina que implantamos, enfim do poder que exercemos sobre estes indivíduos. A paródia psiquiátrica das alunas fala dos efeitos dos medicamentos sobre o comportamento das pessoas. Realizam também uma metáfora monodialógica levando o leitor a refletir sobre aquilo que chamamos de cuidar, isto é, quando se inibi os sintomas da doença, usa-se a medicação como forma de controle, castigo e poder, quando não avaliamos a apatia e a ataxia resultante do uso dos medicamentos e a interpretamos como uma opção do cliente em “não querer fazer nada”, ou quando interpretamos seu choro, sua agressividade e seus pedidos como piora do quadro e o encaminhamos ao médico para intervir em seus “sintomas”.

O portador de transtorno psíquico desenvolve freqüentemente uma apatia ao mundo externo, um desajustamento social progressivo ao ambiente e tende a manifestar resistência às sugestões feitas por outras pessoas, com reação por vezes oposta à sugerida ao caso.

É necessário compreender as manifestações dos pacientes e sobre os vários mecanismos mentais que o indivíduo empregam na forma de se relacionar e lidar com as emoções, formas de tratamento e condutas a serem adotadas para que os profissionais de saúde mental possam cuidar.

Considerarei que o texto foi adequado para levantar as questões sobre o cuidado, manejo e abordagem. Em uma das estrofes da poesia a autora escreve: “Se eu levantar de repente a pressão vai acabar; tem que ser devagarinho senão posso desmaiar”, um dos participantes se reporta à forma como os pacientes são chamados para tomar a medicação, ao quando são retirados da cama, pela manhã para irem tomar o café:

(AT2): *“aí a gente chega, fala, levanta da cama rapaz, tem que sair, tá na hora [...] Daí, o cara cai duro”.*

(AT4): *“Olha o remédio (grita, encenando a forma como chamam os pacientes)”.*

(AE2): *“Vão dormir, e é um trabalho pra levantar”.*

As discussões também se dirigiram para as condições de trabalho, excesso de carga horária, insuficiência de pausa, sobrecarga de atividades, e o mecanicismo com que acabam desenvolvendo suas atividades, seja pela pressa de fazer o que tem que ser feito, seja pelo grande

número de coisas para fazer. Os participantes começam a se preocupar também com a identificação de sintomas e termos corretos para descrevê-los.

(AT2): *“tem muito trabalho, cada vez fica mais difícil. é que tem muito paciente também né?”*

(AE3): *“o que é acatisia?”*

O terceiro texto, de Leonardo Boff, “Nós somos águias”, o autor utiliza-se também de uma metáfora para refletir sobre as potencialidades latentes em cada ser humano. O texto foi escolhido para levar o grupo a refletir sobre a autovalorização.

Nas falas do encontro anterior, um dos temas claramente solicitado pelos participantes, foi a valorização do profissional. Pensei neste texto como uma possibilidade de reflexão junto aos participantes sobre o que podem “ser e fazer”, sobre a condição oprimida e alienante dos pacientes e dos profissionais. As discussões apontaram para as possibilidades que temos em provocar transformação em nosso trabalho.

Enquanto reproduzirmos a forma como nos ensinaram o tratamento psiquiátrico, enquanto alimentarmos essa cultura de tratamento da doença mental aliada a cura e não à convivência, enquanto falarmos em doença mental e não em saúde mental, e, enquanto reproduzirmos os fatos históricos, nós alimentaremos a fábrica dos manicômios. Uma nova cultura educacional precisa permear o currículo em saúde mental, a cultura de ver o paciente de outra forma, ver o sujeito como ser humano com dificuldades e limitações. Acredito que essa é nova visão que tem que se aprender e ensinar.

(TE1): *“isto quer dizer que a gente não pode só seguir o que as outras pessoas querem impor para a gente né, tem que ter a nossa vida própria”.*

(AT1): *“e que aqui os nossos pacientes vivem como galinha né. [...], mas porque que, desde que começou a reforma da psiquiatria, porque que a instituição não começou a preparar os funcionários para isto?”.*

(AE1): *Como que nós queremos? Invés de ficar avaliando, é melhor pensar o que nós queremos como pessoa. O que eu posso fazer? Um médico um enfermeiro, um psicólogo, se ficar nessa posição do que o outro deve ou não deve, eu não faço nada.*

(TE3): *A reforma deles é dentro do internamento.*

O encontro finalizou quando o horário já havia se esgotado. Passamos quatro horas conversando, refletindo sobre possibilidades, vãos a serem alçados, crenças a serem removidas, atitudes a serem transformadas.

O encontro propiciou a primeira aproximação dos participantes com os temas propostos, ou seja, os pontos chave do processo educativo que se iniciava (o paradigma reinante, o estigma presente nas relações com o portador de transtorno psíquico e o desconhecimento produzindo a desumanização), bem como se deu início ao processo de sensibilização/teorização dos temas propostos.

O que foi colocado até aqui, já nos encaminha para começar a responder o problema apontado, porém a aprendizagem não se processa em um determinado momento, como um abrir e fechar de olhos. Pelo contrário, requer um tempo no qual o sujeito passa por um processo constante de idas e vindas, de reflexão-ação.

De acordo com Davini (MS, 1994) este processo, de ação assimiladora e de aproximação sucessiva, sempre se inicia a partir da primeira visão que o sujeito tem do assunto, visão altamente carregada de costumes e tradições. Nem sempre estes costumes e tradições serão eliminados no processo de aprendizagem. Muitos se transformarão, enriquecidos pelo novo conteúdo, no caso, a teorização a ser desenvolvida. Outros permanecerão à medida que não entrem em contato com o que foi aprendido. “A visão baseada em costumes e tradições se transformará na medida em que o educando sinta a necessidade, a partir de sua própria reflexão e busca ativa durante o processo” (DAVINI, MS, 1994, p. 32).

7.3 Terceira oficina: conhecendo o passado, compreendendo o presente e transformar para o futuro.

Neste dia programamos fazer um estudo retrospectivo da psiquiatria. Tínhamos o objetivo de revisar os principais aspectos históricos da psiquiatria e da assistência ao portador de transtorno psíquico, refletir o passado e avaliar para o futuro. Programei uma técnica de sensibilização chamada “jogo do zoológico³¹”. A técnica consistia em fazer com que os participantes, imitando bichos, encontrassem seus semelhantes, mediante a emissão de som e imitando os movimentos do animal. O objetivo era fazer com que os participantes formassem

³¹ Técnica reproduzida a partir da experiência vivenciada em uma capacitação para enfermeiros facilitadores do projeto de Profissionalização de Auxiliares de enfermagem da REPENSUI/UFSC.

grupos distintos de animais, não permitindo que animais de grupos diferentes entrassem. Deveriam enquadrar-se em um “grupo de animal” o quanto antes, procurando-o por meio das semelhanças produzidas pelos gestos e sons.

Cada participante recebeu um papel com o nome de um animal escrito nele. Os nomes dos animais foram selecionados de acordo com o número de participantes. Eram 16 pessoas participando do encontro contando comigo. Preparei as 16 tiras de papel com quatro grupos de animais (cachorro, gato, cavalo e vaca) e uma tira com o nome “pintinho”.

Os papéis foram distribuídos fechados, sendo que os participantes, abriam e liam o que estava escrito e passaram a imitar os bichos, e pela semelhança, passaram a formar os grupos.

No momento da distribuição dos papéis, o que estava escrito o nome “pintinho”, ficou casualmente comigo. Não pretendia que isto acontecesse, pois conhecia a técnica, mas não tive outra alternativa e comecei a piar, imitando o animal proposto. Tentava entrar nos grupos e era empurrada, permanecendo de fora de todos os outros grupos. Os participantes riam, me empurravam, não permitindo minha entrada dramatizando a cena conforme combinado. Ao final, paramos para avaliar os resultados da técnica com base na interpretação dos participantes.

A reflexão se deu em torno do processo de exclusão social do doente mental e dos indivíduos diferentes. Como figurei com o papel do excluído, iniciei a reflexão e verbalizei:

“é o que acontece na sociedade que não aceita o paciente psiquiátrico! A sociedade faz isso, e nós enquanto funcionários...? Enquanto profissionais, será que também fazemos? Será que também fazemos questão de deixar claro as diferenças?”.

Aproveitei o momento para refletir também sobre o fazer institucional dos trabalhadores de enfermagem (e outros profissionais em saúde). As condições de trabalho a que são submetidos os componentes da enfermagem fazem com que se desenvolva nas instituições de saúde, mecanismos de resistência, que exprime o rígido esquema de exploração imposto. Como mecanismo de defesa, os funcionários tentam se proteger da excessiva cobrança dos pacientes, de seus delírios e de suas “bizarrices”, escondendo-se nos postos de enfermagem, procurando, através de “seus iguais” encontrar o equilíbrio. Isto é confirmado por uma das participantes com a ressalva:

(TE2): *“essa nossa forma também não é tão errada assim! Né, porque às vezes é inconscientemente, a gente faz isso”.*

Outro participante confirma essa atitude e reconhece que quando o paciente ocupa o mesmo espaço no ambiente profissional, contribui para sua valorização. Funciona como uma preservação do que lhe resta de sadio. Ocupar o mesmo espaço do profissional significa, para o cliente, ter o mesmo “status”.

(TE1): *“muitas vezes a gente chama o paciente, leva no posto de enfermagem, dá uma liberdade a ele, quer dizer, isso aí, a gente deixa ele se sentir mais igual, mais valorizado!”.*

A reflexão também seguiu para a questão da empatia. Rogers (1977) propõe a atitude de compreensão e não a explicação do outro. É a gente tentar, se colocar no lugar do outro, na sua pele, procurando enxergar as verdades do outro a partir de sua ótica, perceber o mundo como ele o percebe, como pode ser evidenciado na fala de **(TE1)**:

“hoje eu estava dando alimentação pro seu M., assim,..... eu me coloquei no lugar dele... me deu aquela sensação de eu estar ali, de eu ser alimentado por alguém, o que eu gostaria de receber naquele momento, aí eu comecei a pensar” “pô, ele deve ta com sede!” fui lá, trouxe um copo com a água...e dei pra ele”

Dando prosseguimento à programação, re-orientei os participantes sobre o tema que seria abordado no encontro e solicitei que se dividissem em três sub-grupos aleatoriamente. Cada um dos sub-grupo recebeu um tema para ler, analisar e responder as questões que elaborei, com o objetivo de proporcionar aos leitores, um estudo dirigido. Os participantes foram orientados que deveriam apresentar as respostas do estudo dirigido ao final do encontro.

Neste dia, passou a fazer parte das oficinas, uma funcionária de outra enfermaria, por iniciativa própria, pois a mesma ouviu falar do que estava acontecendo e se interessou. Fez o pedido para participar e passou a freqüentar as oficinas, e que foi aceito por todos os participantes.

Os textos foram distribuídos conforme descrito abaixo e o seu conteúdo constitui a revisão bibliográfica deste relatório:

1º grupo: **(TE 2, AT 4, AT 2, AE 2)** - A História da Psiquiatria no Mundo e no Brasil.

2º Grupo: **(AE 6, AT 3, s 1, AE 5)** - A Psiquiatria em Santa Catarina.

3º Grupo: **(AT 1, AE 3, TE 1, AE 4)** - A Reforma Psiquiátrica no Mundo e no Brasil.

Os grupos reuniram-se em salas distintas. Durante a realização dos trabalhos, preocupei-me em transitar entre os grupos, orientando e interagindo com os comentários.

Esta dinâmica de estudo dirigido possibilitou aos participantes exercitarem a capacidade de raciocínio, uma vez que os questionamentos exigiam uma reflexão. Para Aguayo citado por Resende e Fenili (2000, p.85), o estudo dirigido “é um plano didático para guiar e estimular o aluno nos métodos de estudo e pensamento reflexivo”; além disso, assinalam as autoras, que o estudo dirigido visa “corrigir, dirigir, orientar e fixar a aprendizagem dos alunos, inculcando-lhes bons hábitos de estudo”.

Etimologicamente o estudo dirigido significa o ato de estudar sob a orientação do professor, porém, neste estudo, a orientação é apenas uma das funções do professor, pois, este, pressupõe a diretividade daquele e baseia-se na atividade do aluno, sócio-individualizada em sala de aula ou fora dela (RESENDE e FENILI, 2000).

Para Veiga (1991) o estudo dirigido procura o desenvolvimento do pensamento reflexivo, da análise crítica, em vez da memorização de uma quantidade de informações.

Esta afirmação de Veiga define com exatidão o processo que se desenvolveu com os participantes, pois a motivação era evidente nestes, demonstravam preocupação com o tempo, com o relatório a apresentar, com o relator e com a compreensão do conteúdo.

Cada sub-grupo preparou o material com os questionamentos, e re-escreveram o conteúdo de forma a apresentar aos demais. A apresentação visava exercitar a comunicação e a expressão dos participantes. Neste processo destacam-se as lideranças e aqueles que conseguem se expressar com mais facilidade.

A exposição oral é uma técnica que necessita ser praticada para ser bem desenvolvida, mas os participantes não se intimidaram em iniciar. Promoveram neste momento, um diálogo prazeroso, discutindo sobre os fatos históricos e interagindo com o relator sobre determinados fatos acontecidos.

O estudo dirigido continha questionamentos que levavam o grupo a comparar os fatos históricos com a atualidade, elaborar críticas sobre o antigo sistema de atendimento ao portador de transtorno psíquico. Os textos serviram de base para instrumentalizar os participantes para estas críticas, dando mais um passo no processo educativo e promovendo um ambiente democrático com liberdade de expressão.

O primeiro grupo falou sobre a História da Psiquiatria e construiu um quadro cronológico dos fatos mais importantes da história da psiquiatria no Estado em que se

desenvolveu o estudo, contextualizando com a história da instituição, proporcionando uma construção interativa com a narração de fatos contados por funcionários, que inclusive, foram sujeitos desta história.

O segundo grupo abordou a história da psiquiatria no Brasil e no mundo e contextualizaram os períodos da psiquiatria evidenciando o objetivo do tratamento em cada fase.

O terceiro grupo abordou a Reforma Psiquiátrica e um dos questionamentos, consistiu em perguntar ao grupo: 1) Se consideram que a assistência ao sofredor psíquico, dentro da instituição de estudo, se encontrava nos moldes preconizados pela Reforma Psiquiátrica? 2) Como poderíamos contribuir para a mudança do curso da história da psiquiatria, e contribuir com os preceitos da Reforma Psiquiátrica neste espaço institucional em que trabalhamos?

Este grupo recebeu juntamente com o material a ser desenvolvido, a Lei Nº 10.216 de 16 de abril de 2001, também chamada de Lei Antimanicomial ou Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, bem como, um xérox de um jornal noticiando o sancionamento da Lei pelo Presidente da República.

Como resposta, os participantes demonstram uma mudança na forma como percebiam a realidade. Este fato pode ser constatado em suas falas, no momento em que se fez a reflexão da realidade atual em relação aos momentos históricos, propondo possíveis transformações.

Grupo 3: 1) *“A assistência ao sofredor psíquico dentro do IPQ esta iniciando nos moldes da Reforma psiquiátrica, porém na nossa opinião, ainda esta longe de ser modelo, isto porque, segundo a reforma psiquiátrica, os portadores de transtornos psíquicos devem ser tratados em comunidades terapêuticas, em convívio familiar, participando de hospital dia quando necessitar, porém não devem ser institucionalizados. 2) Podemos contribuir para mudar a história da psiquiatria, tendo a consciência que estamos lidando com cidadãos cujo direito são iguais aos nossos. Devemos trabalhar para prepara-los para o convívio social, devolvendo-lhes o bem maior que lhes foi roubado: a sua identidade e cidadania”.*

A mudança da percepção da realidade, não pode se dar a nível intelectualista, mas na ação e na reflexão em momentos históricos especiais. Além de ser a única possibilidade de ser tentada, torna-se como ‘associado eficiente’ e como um instrumento para a ação de mudança. “Até o momento em que a realidade for vista como imutável superior às forças de resistência dos

indivíduos que assim a vêem, a tendência destes será adotar uma postura fatalista e sem esperança” (FREIRE, 1981, p. 58).

Os participantes avaliaram e validaram a dinâmica utilizada, enfatizando o clima descontraído que se promoveu entre os mesmos. Consideraram que esta forma de ensinar e aprender propicia o desenvolvimento do educando, como pode ser percebido nas falas.

(AE 1): *“a gente estava esperando aula, mas esta forma de discussão é muito melhor, a gente não cansa”.*

(AT1): *“foi muito legal, pois força a gente a pensar e assim a gente não esquece”.*

O encontro finalizou-se com a reflexão e a intenção de ajudar a construir uma nova história. Uma história de humanização e de um novo cuidado. Como resultado desta oficina observamos a mudança da percepção da realidade baseada nas reflexões dos momentos históricos, realizamos a formulação da primeira hipótese de solução e validação da metodologia problematizadora.

A hipótese de solução foi formulada a partir das reflexões dos participantes e de suas falas quando se referiam à teorização realizada sobre o processo histórico:

(AE3): *“compreender a história da psiquiatria no mundo, no Brasil e em Santa Catarina ajudou a começar a entender para melhorar a qualidade de atendimento”.*

(S1): *“a medicação, o jeito de agir, tudo já mudou bastante aqui, eu acho!”.*

(AT2): *“ajudou a ter mais compreensão do processo pra poder ajudar o paciente!”.*

(AE1): *“eu penso assim ó, se eu conheço a história, eu posso ser um agente de mudanças nessa história!”.*

(TE1): *“já comecei a mudar, esse conhecimento já começou a produzir mudanças dentro de mim, no meu modo de pensar”.*

Freire (2000, p.35) refere que “somente numa perspectiva histórica em que homens e mulheres sejam capazes de assumir-se cada vez mais como sujeitos-objetos da História” serão capazes de “reinventar o mundo numa direção ética e estética”.

De acordo com o autor, isto significa “reconhecer a natureza política desta luta” que em sua concepção, “descarta práticas assistencialistas” de quem pensa, por exemplo, no contexto em

questão, que o desmonte das instituições psiquiátricas determina o fim da exclusão do portador de transtorno psíquico.

Pensar a história como possibilidade, é reconhecer a educação também como possibilidade. É reconhecer que se ela, a educação, não pode tudo, pode alguma coisa. Sua força como costume dizer, reside na sua fraqueza. Uma de nossas tarefas, como educadores e educadoras, é descobrir o que historicamente pode ser feito no sentido de contribuir para a transformação do mundo mais ‘redondo’, menos arestoso, mais humano, e em que se prepare a materialização da grande Utopia: Unidade na diversidade” (FREIRE, 2000, p. 35-36).

Desta forma, a **primeira hipótese** de solução formulada resultou no seguinte texto: **“O conhecimento e a compreensão do processo histórico possibilita pensar e gerar as mudanças necessárias que se constituem o início das transformações que pretendemos, pois podemos perceber que dá pra fazer diferente”**.

Esta hipótese de solução não é exatamente uma proposta, mas uma reflexão que exprime uma necessidade de conhecimento do processo histórico para a compreensão da realidade para a necessidade da mudança e a percepção da possibilidade de “construir uma história diferente”.

É uma história que provavelmente não atingirá todos os espaços, e que provavelmente não faremos parte dela em nossa trajetória trabalhista e talvez não cheguemos a ver se completar. Mas essa história precisa de uma semente para poder germinar, e é para ela que estamos trabalhando hoje.

Neste momento, lembrei-me de uma frase, que apressadamente copiei num dia de aula, e busquei imediatamente para ler ao grupo, pois considerei que contemplava de modo especial a reflexão que fazíamos naquele momento:

Daqui a duzentos anos ou trezentos anos, ou mesmo mil anos – não se trata de exatidão- haverá uma nova vida. Nova e Feliz.

Não tomaremos parte nessa vida, é verdade... Mas é para ela que estamos vivendo hoje. É para ela que trabalhamos e, se bem que a soframos, nos a criamos. E nisso está o objetivo de nossa existência aqui (TCHECOV.,2002).

Precisamos produzir a nossa própria história para que outras gerações contem outra história. Esta mudança implica em muito mais do que leis, mas na busca de uma transformação profunda. Isto significa a mudança na forma de perceber uma dada realidade, entendendo-a a partir de sua história e de seus determinantes para então transforma-la.

O amanhã vira o hoje se repetindo, o hoje violento e perverso de sempre. O hoje do ontem, dos bisavós, dos avós, dos pais, dos filhos e dos filhos destes que virão depois. Daí a necessidade de uma série e rigorosa “leitura do mundo”, que não prescinde pelo contrário, exige uma série e rigorosa leitura de textos. Daí a necessidade de competência científica que não existe por ela e para ela, mas a serviço de algo e de alguém, portanto contra algo e contra alguém...Daí a necessidade da intervenção competente e democrática do educador nas situações dramáticas em que grupos populares, demitidos da vida, estão como se tivessem perdido o seu endereço no mundo. Explorados e oprimidos a tal ponto que até a identidade lhes foi apropriada (FREIRE, 2000, p.50).

Como resultado desta oficina, tivemos além desta mudança de percepção da realidade, a formulação da primeira hipótese de solução e validação da metodologia problematizadora. Neste momento, estávamos todos contaminados e visualmente emocionados com a reflexão final, e o horário já havia se expirado. Finalizamos nosso encontro com uma avaliação bastante positiva e com o compromisso de retorno para a próxima etapa.

7.4 Quarta oficina: buscando caminhos para praticar a humanização.

Iniciamos o quarto encontro com a presença integral de todos os funcionários. Primeiramente, informei os objetivos a serem alcançados nesta etapa, ou seja, sensibilizar os participantes para a humanização do cuidado, promover um espaço para as reflexões sobre o cuidado e sua significação no universo da saúde mental e no ambiente institucional, completar as hipóteses de solução no arco da problematização com base no tema explorado e, realizar uma dramatização procurando sensibilizar os participantes para a humanização do cuidado.

Posteriormente o grupo foi convidado para a dramatização programada (Conduzindo e cuidando)³² que consistiu na realização de uma técnica em que os participantes foram divididos em dois grupos e formando pares, enfaixaram a cabeça do/a colega, vendando seus olhos, passando a conduzi-lo/a por todas as dependências da unidade, incluindo o pátio. Este momento foi bastante interessante. Os participantes, com os olhos vendados eram conduzidos entre os pacientes que passaram a participar da dinâmica, rindo e ajudando na condução. Muitos compreendiam que era uma brincadeira e outros, intrigados perguntavam o que estava

³² Técnica sugerida pela psicóloga Dra: Carmem Leontina Ojeda Ocampo More. Professora Titular do Departamento de Psicologia da UFSC.

acontecendo. Uma das participantes estava grávida e observei um cuidado extremado da colega que a conduzia.

Ao final da vivência, eufóricos e barulhentos, os participantes foram convidados a expressarem os sentimentos experimentados durante a dinâmica. Solicitei ao grupo que relatassem os sentimentos que os envolvera nessa relação, a nível intra e interpessoal, com o indivíduo com a sociedade e com o mundo, no processo de conduzir e ser conduzido, cuidar e ser cuidado e correlacionar as atividades do seu cotidiano no trabalho, na família e na comunidade.

Seus relatos foram carregados de sentimentos que encerravam principalmente o medo e a insegurança de quem foi conduzido e o poder e responsabilidade de quem conduziu, como pode ser constatados nas falas de ambos os grupos.

De quem foi conduzido:

(AE3): *“a sensação é horrível, eu prefiro não andar do que não enxergar! É horrível! Por mais que eu confiasse no (AT1) eu ainda tropeçava e dava com a cara na parede!”*.

(AE4): *“Ah, eu também, eu vou ser bem sincera, eu senti uma falta de ar, pelo fato de não poder tá enxergando ali, e também assim, fiquei com medo de bater em alguma coisa apesar de assim... de tá num espaço conhecido, mas mesmo assim ainda fiquei com medo de bater”*.

(TE1): *“olha, eu conhecia o ambiente então eu me localizava por onde estava indo, mas mesmo assim uma certa insegurança tomou conta de mim! A impressão que eu poderia bater de cabeça numa quina de parede mesmo confiando na (TE2) que tava me guiando, não é desconfiando dela..., Mas a gente sempre tem uma pontinha de dúvida”*.

(AT3): *“ai me deu aquela angustia, angustia sim, uma vontade de arrancar aquela venda, aquela coisa! foi só uns minutos, mas pra mim foi um ano”*.

E de quem conduziu:

(AT4): *“conduzir o (AT2) foi muito bom! A sensação de conduzir foi muito boa, sensação de proteção, de não deixar cair, de explicar, onde é que tá, onde que não ta... de não cair... observando ele!”*.

(AT3): *“eu também acho que foi a mesma coisa! Achei normal, fui acompanhando a (AT6) pra ela não bater na parede, na porta, ... só que eu*

esqueci de dizer pra ela que tinha o degrau! [...] ela tava com muito medo, ela não andava! Tinha que empurrar mais do que ela andava!”

(AT1): *“eu me senti responsável pela condução dele e me deu... um medo também... Eu senti o poder também de conduzir aonde eu quisesse sem consentimento dele”.*

Dando prosseguimento às atividades programei um ciclo de leituras de textos que abordavam questões filosóficas e práticas que permeiam o cuidado ao ser humano. Com esta atividade pretendia instrumentalizar os participantes e provocar um circuito de reflexões acerca do processo de cuidado.

O primeiro texto foi extraído do livro “A poética de cuidar na enfermagem psiquiátrica” de Claudia Mara de Melo Tavares: O desafio de cuidar em saúde mental (Tavares, 1999, p. 50-54).

No texto referenciado, a autora aborda a questão histórica de exclusão em que está pautada a assistência psiquiátrica, sua evolução e o desafio que os profissionais de saúde mental travam para superar os inúmeros entraves que se apresentam, destacando a tendência pedagógica da enfermagem, que persiste em valorizar sua ação terapêutica procurando “devolver a razão ao louco”. Ela acredita que:

o grande desafio do cuidar em saúde mental seja combinar satisfatoriamente estratégias criativas de acolhimento com a promoção da autonomia do paciente de modo que a rede de cuidados estabelecidos aumente o poder de contratualidade social do paciente psiquiátrico e, ao mesmo tempo, expanda as possibilidades de atuação da enfermeira (Tavares, 1999, p. 50).

Com este texto, pretendia levantar discussões sobre as crenças que determinam o cuidado prestado ao portador de transtorno psíquico, a forma de encara-lo como alguém indigno de crédito e subjetividades e alguns aspectos que determina o seu cuidado.

Teixeira (1993) refere que a relação da enfermagem com os pacientes “é pré-determinada pela lógica hierárquica”. O autor assinala que nesta relação surgem mecanismos defensivos de demarcação nítida da fronteira entre o “mundo do louco” e o da suposta “sanidade”. Os funcionários constroem uma “relação tensa e contraditória, desprovida de possibilidade compreensiva, indispensável à atividade terapêutica”, e destaca que nesta relação estabelecida, não anulam a possibilidade de ajudar e orientar os pacientes.

De fato, a instituição onde se desenvolveu o estudo, caracteriza-se pelo fluxo descendente de hierarquia, onde a do grupo dirigente e autoridade médica são asseguradas como fonte do poder e do saber, seguida abaixo pelos demais profissionais de nível superior. Os profissionais de nível médio adaptaram-se a esta hierarquização, fortalecendo-a na relação com os pacientes e assegurando a manutenção da cadeia hierárquica.

Esta observação é explicada por Teixeira (1993, p.68) que citando Leopardi (1991) refere que o “conceito de hierarquia esta muito ligado ao saber, e este por sua vez, distribui-se nos níveis funcionais por complexidade, sendo considerado necessário para o bom desempenho do trabalho assistencial”.

Os cursos de reciclagem e atualização desenvolvidos na instituição tecem como ponto básico, ensinar o manejo e abordagem, que se constituem em técnicas de como lidar com as diferentes situações diante das atitudes tomadas pelos pacientes, como se fosse possível prever a subjetividade de cada indivíduo nas diversas situações que se apresentam, evidenciando a necessidade do controle das situações, comportamento coerente com o paradigma reinante, onde não é valorizada a subjetividade do cliente.

Esta prática se evidencia também na fala dos participantes, quando solicitaram como um dos temas a ser desenvolvido, um curso sobre “manejo e abordagem”, reforçando a tradição pedagógica imposta.

A pedagogia libertadora significa uma ruptura com os mecanismos de opressão. A mudança de uma sociedade de iguais e o papel a educação é sua preocupação básica e é o tema gerador da prática teórica de Paulo Freire.

A educação não é um processo de adaptação do indivíduo a sociedade. O homem deve transformar a realidade para ser mais. [...] O homem se identifica com sua própria ação: objetiva o tempo, temporaliza-se, faz-se homem-história. [...] Para Deus também não existe tempo; porque está sobre ele. O homem ao contrário está no tempo e abre uma janela no tempo: dimensiona-se, tem consciência de um ontem e de um amanhã. [...] a educação deve estimular a opção e afirmar o homem como homem. Adaptar é acomodar e não transformar (FREIRE, 1981, p. 31-32).

As discussões em torno da leitura encerravam as possibilidades de transformar o cuidado, como pode ser evidenciado na fala de (TE1), que contempla o valor da escuta ao paciente e enfatiza a importância da comunicação.

“a gente tem uma forma de entendimento que é coisa meio sem seqüência. Às vezes um paciente diz coisas sem sentido que é para eu entender o sentido, mas ele coloca as coisas de uma forma desorganizada. Nós temos que entrar na comunicação deles, na desorganização dele pra tentar entender ele e fazer o atendimento!”.

O crescimento do grupo também pode ser evidenciado na fala deste mesmo participante quando relata o processo de “abandono do eu” vivido recentemente por um de nossos clientes.

“Quando ele estava bem, não aceitava tomar banho junto com os outros pacientes, e agora foi o contrario. Ele sempre gosta de tomar o banho mais reservado e não deu importância nenhuma de tomar banho junto com os outros. O que aparentemente poderia ser considerado como cura por ter se adaptado às regras, na realidade é doença”.

O segundo texto foi extraído do capítulo que compõe a revisão de literatura desta dissertação sobre o cuidado: “O Cuidado: Um Novo Paradigma para a Saúde Mental”, onde procurei fazer uma análise do cuidado na sociedade moderna, avaliando sua complexidade na desvalorização/valorização do ser humano, englobando os aspectos culturais, sociais, políticos estruturais, ambientais e humanísticos.

Os participantes não se manifestaram a respeito da leitura e resolvi não falar. Não sei dizer porquê, mas fiquei por algum tempo contemplando-os, e sem comentários, sugeri a leitura do terceiro texto: A força regeneradora do amor incondicional, um capítulo de livro de Leonardo Boff (1997) “A águia e a galinha”.

Utilizando-se de uma metáfora, o autor narra a estória de uma águia que foi criada como galinha e desta forma se comportava, até que, um dia, um sábio lhe mostrou outras possibilidades e a ordenou que voasse. O autor fala de um amor incondicional onde

[...] tudo é inserido, abraçado, e amado desinteressadamente. Esse amor incondicional é profundamente terapêutico; fortalece quem é assim amado, pois o acompanha e envolve em sua queda, impedindo que esta seja completa e irremissível. Não há quem resista a força do amor incondicional. Por causa dele tudo é resgatável. Ele rompe sepulturas e transforma a morte em ressurreição (BOFF, 1997, p. 132).

A história da águia simboliza a submissão e opressão que indivíduos podem exercer sobre outros, e evidencia um processo educativo transformador, quando o sábio mostrou a águia suas possibilidades, fazendo que voltasse a voar para o firmamento.

Os participantes verbalizaram seu encantamento pela leitura deste texto e suas falas expressavam amor e solidariedade, que são os princípios básicos de quem cuida. O cuidado é amoroso e a educação é um ato de amor.

Perguntei aos participantes se achavam que é possível a vida humana sem cuidado? Ao que responderam:

(AE1): *“A vida humana sem cuidados é desumana”.*

(AE3): *“O cuidado, ele tem que ser um cuidado amoroso tem que ser um cuidado que vem, de dentro tem que ser um cuidado honesto, real”.*

E partir deste momento, solicitei a cada um dos participantes que traduzissem em uma palavra, o que lhes vinha à mente, quando pensavam, em cuidado, e enquanto falavam, eu anotava no quadro. Foram palavras e frases soltas, que os participantes foram verbalizando, sem se preocuparem com qualquer forma de sistematização:

“Amor, bem estar do paciente, capacidade de amar, aceitação da condição do paciente, atenção, observação, condição dele na sociedade, responsabilidade, saber escutar o paciente, respeitar, responsabilidade na execução das atividades, ajudar, escutar é também uma forma de cuidado, enfrentar a realidade, se colocar no lugar do paciente, se superar no dia-a-dia das atividades, ter iniciativa, ser mais humano não tão mecânico, ter mais sensibilidade”.

Ao final desta “brincadeira”, propus ao grupo a construção de um conceito de “cuidado” para ser utilizado como referencial para os trabalhadores desta unidade. Enfatizei que, deveria ser um conceito construído por eles, a partir das palavras colocadas no quadro, as quais foram verbalizadas mediante um processo educativo, reflexivo e democrático que estávamos construindo. Todos aceitaram. Propus a divisão do grupo em dois sub-grupos, com o objetivo de construir dois conceitos, para posteriormente, no grande grupo, validar, juntar, transformar os dois conceitos em um.

Os sub-grupos trabalharam em salas distintas, por aproximadamente vinte minutos, em meio a muita falação e dinamismo, evidenciando a participação de todos, mostrando que a motivação estava presente. Ao retornarem à sala de reuniões, cada grupo elegeu um relator, que leram os conceitos construídos, os quais transcrevi no quadro:

Conceito construído pelo grupo 1: *“Cuidar é prestar uma assistência com qualidade para promover o bem estar do paciente. Para atingirmos este objetivo precisamos ter:*

capacidade de amar, de ouvir, respeitar, responsabilidade no serviço, solidariedade, mostrar a realidade ao paciente, mostrar o melhor de si e ser humano”.

Conceito construído pelo grupo 2: *"Cuidar é ter a sensibilidade de se colocar no lugar do cliente, tratando-o da maneira que gostaríamos de ser tratados, respeitando-o nas necessidades humanas básicas. Dando-lhe atenção, observando comportamentos e atitudes, que nos revelam a sua necessidade. Aceitando as condições de sua patologia, com amor, e proporcionando-lhe um bem estar, preparando-os para o convívio na sociedade”.*

Fiquei surpresa e maravilhada com o resultado. Os conceitos estavam tão bem formulados, que num processo de votação, seria injusto excluir um. Ficamos algum tempo analisando, refletindo, como fazer para contemplar os dois conceitos, mesmo porque, já havia se formado uma divisão do grupo em defesa de seus conceitos construídos. Uma das participantes sugeriu:

(AT3): *“Vamos tentar unir?”*

Tentamos unir os dois conceitos sem alterar seu conteúdo, não retirando nenhuma palavra. Mas os participantes, ainda continuavam analisando o conteúdo do dois conceitos:

(TE2): *“Muda só algumas palavras, mas o sentido dos dois conceitos são praticamente os mesmos, porque, ali a gente tentou englobar tudo, em enfoques, e eles fizeram um maior.. né?”*

(TE1): *“o de vocês também ficou muito bom! É difícil de excluir alguma coisa...”.*

Decidimos trazer no próximo encontro, os textos digitados para entregar a cada um dos participantes, e que até esta data, os conceitos ficariam expostos no quadro, para que todos analisassem durante a semana, para então fazermos a validação final.

Finalizando, verbalizei aos participantes, minha satisfação com o processo vivenciado e o orgulho que estava experimentando em relação à construção do conceito.

(Eu): *“nós ficaremos por enquanto com os dois conceitos... Esta construção é nossa, é nossa criação e, portanto nosso compromisso... É a nossa missão! Nós temos que cuidar dele!”.*

(AE6): *“tem que botar isso aqui numa plaquinha pra todo mundo ver”.*

Antes de terminar, realizamos ainda uma breve avaliação do encontro, sendo que transcrevo abaixo algumas falas, que expressam o sentimento do grupo:

(AE1): “*este tipo de aula se aprende mais, não é tão formal*”

(TE1): “*Sabes que a principio, quando tu falavas em fazer essa oficina, eu pensava: pronto, vai ser aquela coisa meio xarope, seis semanas aqui dentro, não sei não se eu vou agüentar, e eu to vindo com uma vontade danada!*”.

Desta forma fechamos a **segunda hipótese de solução**, utilizando o mesmo sistema de construção, ou seja, a partir da fala dos participantes, que ficou assim formulada: “*Para implantar um processo de mudança, é indispensável promover um espaço reflexivo sobre a realidade a ser mudada e essa mudança não pode ser verticalizada e instantânea. Primeiro tem que convencer as pessoas da necessidade de mudar. Temos que mudar internamente e acreditar nas possibilidades de mudança. Isto faz parte de um processo de amadurecimento e de evolução profissional. Para transformar, o ser humano não pode se conformar: A conformação é uma morte lenta... não cria nada*”. Colocam esta hipótese, como um caminho para o inconformismo, corroborando com a idéia de Paulo Freire (1981, p. 31) quando afirma que “a educação deve estimular o homem à opção de afirmar o homem como homem. Adaptar é acomodar e não transformar”.

Como resultado final desta oficina, observamos que os objetivos iniciais foram alcançados, os textos foram apropriados para suscitar as discussões sobre as crenças que determinam o cuidado e possibilitar ao grupo levantar as possibilidades de transformação do cuidado por meio da compreensão e valorização do sujeito do cuidado, culminando com a construção do conceito de cuidado pelos participantes da enfermagem, formulação da segunda hipótese de solução e validação da metodologia problematizadora.

7.5 Quinta oficina: procurando conhecer e compreender o sujeito de nosso cuidado

Antes de iniciar a exploração do conteúdo proposto para este encontro, relembramos o contato anterior, e procedemos à leitura dos conceitos de cuidado construído pelos grupos para realizar o que havíamos proposto: fazer a validação final do conceito de cuidado.

“*Ficou um pouco longo*”, verbalizei, e sugeri ao grupo, que uma parte daquela construção, ficasse como o conceito de cuidado, e a outra como a Missão da enfermaria. Lembrei de minha vivência com a construção de plano político pedagógico, e falei aos participantes o significado de missão, projetando na parede, por meio de uma transparência, o conceito de missão.

Resolvi fazer esta sugestão, após ter passado algum tempo em casa, contemplando os conceitos construídos pelo grupo, e não me agradava a idéia de desprezar nenhuma das construções realizadas, por isto, procurei no material do curso de especialização, alguma teorização que possibilitasse o aproveitamento por completo dos dois conceitos, que encontrei no texto sobre a construção do plano político pedagógico.

Missão ou marco doutrinal é o conhecimento que um grupo tem do mundo, homem, sociedade, enfermagem, educação, cuidado, dentre outros, baseados em suas crenças e valores, e tem articulação direta com a realidade contextual. “É um guia teórico que orienta a ações e tem articulação com a realidade contextual de que o grupo faz parte” (PADILHA et al., 2000, p. 42).

Desta forma, analisamos os dois conteúdos formulados, refletimos e definimos que o conceito construído pelo primeiro grupo passaria a ser a missão da unidade e o segundo, o conceito de cuidado. Portanto:

Nossa Missão: “*Prestar uma assistência com qualidade para promover o bem estar do paciente. Para atingirmos esse objetivo, precisamos ter capacidade de amar, ouvir e respeitar, ter responsabilidade, solidariedade, mostrar a realidade ao cliente e dar o melhor de si, ser humano e mais sensível*”.

Nosso conceito de cuidado: “*Cuidar é ter a sensibilidade de se colocar no lugar do cliente tratando-o de maneira como gostaríamos de ser tratados, respeitando-o nas suas necessidades humanas básicas, dando-lhe atenção, observando comportamento e atitudes que nos revelam suas necessidades, aceitando a condição da sua patologia com amor, e proporcionando-lhe um bem estar, preparando-o para o convívio social*”.

Relatei minha intenção de construir um quadro, com fotos dos funcionários da enfermaria, expondo nossa missão e nosso conceito de cuidado, de forma que qualquer pessoa que nos visite, conheça a equipe e nossos objetivos. A idéia foi bem aceita, e me comprometi em elaborar este quadro, nos final de nossos trabalhos, compilando neste, os resultados obtidos.

Para lembrar o encontro anterior e verificar o processo de transformação provocado, utilizei uma dinâmica que considerei como técnica de sensibilização do dia. Projetei silenciosamente na parede, pedindo que observassem as fotos feitas de pacientes e do ambiente institucional e da enfermaria, que identificavam a realidade anteriormente descrita.

Tinha a intenção de provocar novas reflexões, agora mais críticas. O aprendizado é um processo de idas e vindas, de sucessivas aproximações com o objeto e sujeito do estudo.

Até o momento em que a realidade for vista como algo imutável, superior às forças de resistência dos indivíduos que assim a vêem, a tendência será adotar uma postura fatalista e sem esperança. Ainda assim e por isso mesmo, sua tendência é procurar fora da própria realidade a explicação para a sua impossibilidade de atuar (FREIRE, 1981, p. 58).

Desta forma os participantes quando observam novamente as fotos do “antes” expressam a percepção ainda distorcida da mudança estrutural, porém verificam o antagonismo entre o “cuidar e o não cuidar” e isto já é suficiente para que se verifique a mudança. Isto pode ser percebido nas falas abaixo, enquanto os participantes comentavam uma foto da antiga “sombriinha” e os pacientes deitados no chão do pátio:

(AE2): *“olha, isso aqui, se pegava os pacientes desorientados e se colocava lá... tudo ali pra dentro! E ali tinha um portão!... ficava só um guarda no portão, e eles ficavam ali pelados, babando no chão, urinando, Brigando,... brigavam a bessa! Mas não tinha o que fazer”.*

(TE1): *“era um cuidado! um cuidado meio desprezado né! na realidade , não era um cuidado muito...certo”.*

(AE1): *“não era sistematizado! um cuidado que cada um fazia o que queria!..e como não dava de fazer, resolver tudo sozinho não dá... e como não dava..ficava mal feito!”*

(AE6): *“era um cuidado da maneira como que a gente sabia..... eu quando entrei aqui, eu já peguei assim”.*

Esta mudança de percepção, que se dá na problematização de uma realidade concreta, no entrelaçamento de suas contradições, implica um novo enfrentamento do homem com sua realidade. Implica admirá-la em sua totalidade: vê-la de ‘dentro’ e, nesse ‘interior’, separá-la em suas partes e voltar a admirá-la, ganhando assim uma visão mais crítica e profunda da sua situação na realidade que não condiciona. Implica uma apropriação do contexto; uma inserção nele;

um não ficar ‘aderido’ a ele; um não estar quase ‘sob’ o tempo, mas no tempo. Implica reconhecer-se homem. Homem que deve atuar, pensar, crescer, transformar e não se adaptar fatalisticamente a uma realidade desumanizante (FREIRE, 1981, p. 60).

Relembramos alguns fatos acontecidos na equipe, neste processo de transformação, procurando buscar um olhar mais crítico do funcionário sobre o paciente. Nesta dinâmica, busquei refletir com o grupo, que os vícios institucionais passam a não ser percebidos no cotidiano da assistência e que era preciso lançar um novo olhar para o nosso paciente, mais crítico, mais real, não apenas vendo-o, mais o observando-o e analisando-o, para então cuidá-lo.

Neste momento retorna a discussão sobre o dia em que entrei vestida com roupa do avesso em uma de nossas reuniões e um dos participantes falou:

(AE2): *“no dia a gente não gostou muito né, Mas hoje a gente já compreende que valeu! No dia ficou meio... assim..... porque eu achei que era combinado com a (AE3) Eu notei também, mas não falei!”.*

(AE3): *“Eu não sabia, tanto que estava toda agoniada. Mas foi muito bom porque aqui não passa despercebido por ninguém, um paciente com a roupa virada, rasgada, sem sandália, etc. A gente logo ensina ele ou troca a roupa”.*

Este quinto encontro teve como objetivo buscar refletir com os participantes sobre as diversas formas de cuidado ao portador de transtorno psíquico, partindo de uma melhor compreensão do psiquismo humano. Para atingir o objetivo proposto, programei a abordagem de alguns temas, que julguei como essencial para promover um conhecimento acerca do comportamento humano. Os temas escolhidos constituíram-se em recordar assuntos já conhecidos pelo grupo, como: necessidades humanas básicas, desenvolvimento e atributos da personalidade humana, funções psíquicas e suas variações quantitativa e qualitativa, e, formas de manejo a abordagem frente aos diversos comportamentos apresentados pelos pacientes psiquiátricos³³.

Passamos ao desenvolvimento dos temas programados para este encontro, utilizando a exposição oral por considerar mais apropriada no momento para dinamizar a revisão dos

³³ Manejo e abordagem são temas sempre solicitados pelos participantes, evidenciando a tentativa de diminuir a ansiedade gerada pela incerteza, através de ações que pretendam normatizar e obter a padronização de conduta frente a um determinado comportamento, como uma técnica a ser desenvolvida frente a uma determinada situação, isto é, a idéia dicotômica do positivo/negativo, certo/errado. Esta atitude parece estar vinculada à formação profissional da enfermagem em reconhecer sinais e sintomas e automaticamente aplicar uma técnica. Por exemplo, na retenção urinária realizar-se-ia um cateterismo vesical. A conduta humana não pode ser determinada, embora possa ser uma possibilidade (Nota da autora).

conteúdos. Preparei textos com o material, e transparências esquemáticas, que me auxiliaram no desenvolvimento dos temas, de forma que utilizando a técnica de exposição oral, os participantes pudessem interagir com os demais a qualquer momento.

A cada tema abordado, havia uma preocupação e comparar os fatos com a realidade do cotidiano da assistência, procurando instrumentalizar os participantes, com conhecimentos científicos, valorizando a experiência grupal e individual, de modo que se concretizasse o processo educativo.

Nenhuma ação educativa pode prescindir de uma reflexão sobre o homem e de uma análise sobre suas condições culturais. [...] A instrumentação da educação – algo mais que a simples preparação de quadros técnicos para responder às necessidades do desenvolvimento de uma área - depende da harmonia que se consiga entre a vocação deste ‘ser situado e temporalizado’ e as condições desta temporalidade e desta situacionalidade (FREIRE, 1981, p. 61).

Esta reflexão auxiliou-me nesta fase, quando optei por uma técnica expositiva para abordar os temas solicitados pelos participantes, pois me fortaleceu durante a exposição, promovendo um clima propício para que os participantes interagissem e avançassem no processo da mudança de percepção da realidade, provocando a “ação-reflexão-ação”, que se constitui na humanização proposta. Este enfoque significa a superação do falso dilema “humanismo-tecnologia”.

Numa era cada vez mais tecnológica como a nossa, será menos instrumental uma educação que despreze a preparação técnica do homem, como a que, dominada pela ansiedade de especialização, esqueça-se de sua humanização (FREIRE, 1981, p. 62).

Não foi possível completar todo o assunto programado para este encontro, e em função do tempo, programamos terminá-lo no próximo.

7.6 Sexta oficina: a valorização do ser humano no processo educativo como possibilidade de transformação

Iniciamos nosso último encontro, com a proposta de finalizar o conteúdo proposto, pois, não houve possibilidade de falar sobre manejo e abordagem. Esta falta de tempo, de certa forma,

foi providencial, pois me possibilitou preparar uma técnica que considere mais apropriada para desenvolver este tema.

Não me agradava a idéia de ditar “atitudes padronizadas” para cada tipo de comportamento apresentado e busquei refletir sobre isto. Desde o início, pretendia estabelecer uma discussão, ou seja, uma troca de informações que abrisse caminhos, que propiciasse o surgimento do saber por parte dos participantes, que habitualmente lidam mais com o fazer e se distanciam do saber teórico. Pretendia assim, valorizar o saber intuitivo destes que têm um contato mais direto com o cliente, mostrando que o saber teórico e o saber intuitivo se complementam na prática.

Desta forma, baseada nas características dos pacientes da enfermaria, preparei uma transparência com uma listagem dos diversos perfis e as características de comportamentos mais presentes na unidade, classificando-as ordenadamente.

No desenvolvimento do tema, projetei a relação solicitando aos participantes, que procurassem identificar nossos pacientes de acordo com os perfis elencados, sendo que cada um dos participantes, deveria referir uma forma de agir com estes, que efetivamente contribuísse para ajudá-los.

Assim, na medida em que os participantes observavam os diversos perfis identificados, listaram uma série de atitudes a serem adotadas pela equipe, para se relacionarem com os clientes. Eram atitudes personalizadas, uma vez que, para cada perfil traçado, os clientes eram identificados nominalmente, dando origem a um “manual de cuidados”, que mais do que padronização de condutas abstratas, constitui-se em um plano de enfermagem, respeitando as características e as subjetividades de cada um.

Como compromisso, assumi a tarefa de sistematizar futuramente as informações obtidas, para que passasse a ser fonte de consulta na unidade, devendo ser avaliado sistematicamente nas reuniões de equipe, baseado-se na evolução de cada cliente.

Considero importante que se compreenda como a ciência considera a doença mental e toda a tecnologia que possa ser aplicada, porém de nada vale, se os profissionais que prestam cuidados diretos aos pacientes não estiverem preparados para desenvolver atitudes que possam auxiliá-los. Mesmo desenvolvendo nosso trabalho em condições adversas, a mudança da percepção que se tem acerca do portador de transtorno psíquico começa pelo enfrentamento de olhar o cliente como ser humano e com potencialidades passíveis de serem desenvolvidas. Somos todos seres repletos de emoções, com personalidade própria, e com tal, experimentamos alegrias,

tristezas, amor e ódio, enfim, uma gama de sentimentos. Não podemos querer que condutas mecânicas guiem nosso comportamento, devemos exercitar nossa sensibilidade, conhecimento e inteligência para guiar nossas atitudes cotidianamente.

Finalizando esta etapa, buscando ainda a reflexão do grupo, projetei na parede, um “ponto de vista” recomendado pelo Dr. Earl D. Bond: retirado de um antigo manual do auxiliar psiquiátrico.

Se eu fosse atendente... estudaria os delírios dos doentes e tentaria saber no que eles diferem nos meus próprios devaneios... estudaria a sua obstinação e teimosia e as compararia com o meu próprio comportamento. Teria interesse em desvendar os mundos irrealis que os pacientes para si constroem, em saber o que sonhos proporcionam aqueles que não conseguem satisfazer de outra forma os seus anseios... Observaria como, na exaltação, o raciocínio do paciente, fica a mercê das suas emoções, e me poria a imaginar quantos votos nas eleições são fruto da lógica e do bom senso... Depois de conversar com pacientes vítimas de delírio, de perseguição, por-me-ia a pensar como qualificar muitas idéias de certas pessoas consideradas normais (In: SILVA E CARVALHO, 1977, P. 8).

Procurando fechar a programação, passamos a formular a terceira hipótese de solução, em busca da resolução do problema identificado, buscando transformar a realidade. As falas dos participantes destacavam elementos novos, como a importância do conhecimento aliado ao compromisso profissional para melhorar a qualidade da assistência, conforme pode ser observado:

(S1): *“é importante ter conhecimento sobre a compreensão do psiquismo humano para compreender melhor o paciente”.*

(TE1) *“e junto também melhora a nossa qualidade de vida, porque a gente conhecendo como lidar fica menos estressado!”.*

(AE1): *“compreendendo o psiquismo humano e outras coisas, podemos entender porque as pessoas se comportam de determinadas maneiras, e ficamos sabendo que o nosso limite, entre a doença e saúde é muito curto[...], mas tem que saber, por exemplo, que a pessoa pode saber tudo na teoria, mas na hora de aplicar, tem que ter vontade... ou com a disposição.... e isto só vem com a motivação, sei lá...[...] a motivação a gente tem que encontrar no trabalho [...] com o compromisso”*

Desta forma, refletindo sobre o significado das falas, a **terceira hipótese de solução** ficou assim formulada: *“O conhecimento científico aliado ao compromisso do ser humano com o trabalho, são ferramentas essenciais para melhorar a qualidade do cuidado prestado, melhorando também a qualidade de vida do profissional, que sofre menos estresse o que contribui para manter a motivação no trabalho”*.

Este encontro possibilitou obtermos uma melhor compreensão de conflitos do passado; discutir a realidade do cotidiano relacionando-a com os conhecimentos científicos; verificar as possibilidades de transformação do cuidado por meio da compreensão; elaboração do manual de cuidados da unidade, formular a terceira hipótese de solução e mais uma vez, validar a metodologia problematizadora.

Muitos assuntos já haviam sido abordados, porém parecia que muito tinha que ser ainda falado. Todos os dias pareceram ser curtos para refletir tantas coisas. Mas conseguimos cumprir nossa programação inicial, estabelecida no segundo encontro. Faltava apenas abordar um ponto-chave e sua teorização levantados pelos participantes: a valorização do ser humano.

E este era o objetivo deste nosso último encontro: Instrumentalizar os participantes para a importância do processo educativo na vida dos indivíduos e da capacidade individual de cada ser humano para viver e ser mais. Não sabia bem como atingir este objetivo e resolvi levar aos participantes algum conteúdo sobre o assunto e preparar uma técnica de sensibilização.

Elaborei um texto a partir do prefácio escrito por Moacir Gadotti: “Educação e ordem classista” do livro de Paulo Freire (1981) “Educação e Mudança”, e sugeri a leitura aos participantes, propiciando e provocando suas intervenções. Objetivava provocar um desvelamento crítico sobre o papel da educação na conscientização e na mudança.

Partindo das reflexões de Gadotti sobre a obra de Freire, o texto elaborado foi intitulado com um questionamento extraído destas reflexões: A educação pode operar mudanças?

Seu conteúdo é um compilado das reflexões de Gadotti, concentrando principalmente as possibilidades e limitações da educação, analisando que o “processo pedagógico leva as pessoas e se engajarem social e politicamente e a perceberem as possibilidades da ação social e cultural na luta pela transformação das estruturas opressivas da sociedade classista” (FREIRE, 1981, p. 11). Destaca o trabalho de Paulo Freire afirmando ser ele, “um profissional comprometido com a vida, com as relações humanas, com a cidadania e encerra uma luta para a transformação da sociedade”.

Esse texto foi adequado para a dimensão que se propôs. Os participantes se envolveram nas discussões, advindo daí, reflexões como as de (AE1):

“houve uma época que a educação era só informação, só... transmissão de conhecimento [...] a história do Brasil, por exemplo, foi totalmente manipulada por quem escreveu [...] a história é contada por quem ganha! A história oficial é sempre contada por quem ganha, nunca por quem ta verdadeiramente na história, e o que interessa eles divulgam [...] eu acho que o primeiro passo para diminuir as diferenças entre as pessoas, é diminuir a diferença com aquele que esta abaixo de mim... daí começa a tentar, tentar... ir além”.

A fala de (TE1) também é bastante significativa quando voltamos a falar da reforma psiquiátrica como uma nova ideologia para a assistência ao portador de transtorno psíquico:

“No inicio que fundaram esse hospital, a ideologia era a de...exclusão”!

O outro texto preparado foi extraído do livro de Leonardo Boff: Heróis e Heroínas de suas próprias sagas (BOFF, 1997, p.112-124), onde o autor identifica os vários papéis de “heróis” que o ser humano desenvolve no transcorrer de sua existência. Abordando este aspecto, o autor procura dar uma resposta convincente a esses desafios, utilizando-se da psicologia, antropologia, ecologia espiritualidade e a mística, resultando em uma profunda reflexão que provoca o entusiasmo e a busca da identidade humana através da inclusão das contradições e da superação dos eventuais obstáculos a nível pessoal, social e planetário.

Com a leitura deste texto, procurava despertar nos participantes, a importância do papel que cada um de nós, enquanto profissionais e seres humanos, desenvolvemos cotidianamente, sem nos darmos conta. Todos nós, cada um do seu jeito, em diversos momentos, desenvolve um modelo de herói. Porque, ser herói é viver, é lutar, é arriscar na vida. E a vida por si só é um risco que vale a pena. Todos no mundo tem condições de crescer e “ser mais” e se transformar em herói ou heroína no seu fazer, se este fazer for consciente e comprometido.

Com estas reflexões propus ao grupo encerrar nossa oficina realizando uma técnica (Técnica do espelho)³⁴ que idealizei com o objetivo de que percebessem, que a valorização do profissional e de cada ser humano, deve partir primeiramente da autovalorização.

³⁴ Técnica vivenciada no curso de capacitação para enfermeiros facilitadores do Projeto Auxiliar de Profissionalização em enfermagem promovida pela REPENSUL/UFSC, em 1997.

Para o desenvolvimento desta técnica, solicitei aos participantes que ficassem sentados, em torno da mesa, com as mãos sobre esta. Coloquei uma música relaxante e solicitei que fechasse os olhos e se envolvessem inteiramente com a dinâmica.

Desta forma, enquanto permaneciam imóveis com os olhos fechados, com o som ambiente, pedi que cada um se imaginasse em um lugar muito especial. Passei a descrever o local de forma que os participantes se envolvessem poeticamente à dinâmica, sendo conduzidos a imaginar o que minha fala sugeria. Enquanto ia falando, colocava um espelho defronte a cada um dos participantes, e pedia, que se imaginassem no local sugerido, próximos à pessoa mais importante para cada um deles. Pedia que percebessem esta pessoa como um ser imprescindível para suas vidas, como aquela pessoa que poderiam contar sempre, como alguém que jamais os deixariam “na mão”, a pessoa que os valorizassem e que faria tudo por eles, e assim continuei enaltecendo a pessoa que cada um estaria a imaginar ou a idealizar.

Quando estavam inteiramente em comunhão com este ser imaginário, solicitei que abrissem os olhos para visualizarem esta pessoa. Quando abriram os olhos, cada um viu sua imagem refletida no espelho e o desvelamento aconteceu, pois se conscientizaram, que primeiro temos que nos autovalorizar para conseguir a valorização dos outros, e que a auto-estima é um sentimento que deve ser cultivado, para que possamos ser respeitados como cidadãos e como seres humanos. Num clima bastante emocionado, alguns chorando, nos abraçamos e encerramos esta maravilhosa vivência.

Para finalizar o encontro, sugeri ainda que voltássemos ao “arco da problematização”, para enfim, formularmos a ultima hipótese de solução decorrente da teorização.

As falas seguiam emocionadas, havia um clima de solidariedade, comunhão e amor entre os participantes. Formularam em uma pequena frase a **quarta** e ultima **hipótese de solução**: “*A valorização social do ser humano como pessoa e como profissional depende primariamente da auto valorização*”.

O arco da problematização completou-se, porém não se fechou, pois este nunca se fecha, é um movimento constante e cíclico. Desta forma, as hipóteses de solução devem ser implantadas e o resultado da implantação deve ser avaliado (PRADO et. al, 2000, p.129).

Procurando ampliar a compreensão do arco da problematização, propus ao grupo refazer todo o método de construção do mesmo. O processo permeou todas as etapas contempladas pelo arco, partindo do conhecimento e compreensão da realidade do local de trabalho, identificação do problema e de seus determinantes (pontos chave), à teorização que compreendeu todo o

processo de instrumentalização para as possibilidades de mudança, até a formulação das hipóteses de solução. Todas estas etapas estão contempladas e identificadas na esquematização do arco abaixo (Fig.2).

Na aplicação à realidade, como resultado dessas oficinas, o que se percebe é que as hipóteses de soluções formuladas pelos trabalhadores estão sendo reafirmadas no cotidiano da assistência, o que pode ser observada pela mudança do comportamento dos trabalhadores, pelo respeito e consideração com o portador de transtorno psíquico, com aplicação dos princípios científicos, com a melhora das relações no trabalho e com a humanização do cuidado. Essas reflexões continuam evoluindo, pois o crescimento pessoal e profissional é um processo contínuo, evolutivo e que precisa ser avaliado e revitalizado a cada dia.



Fig. 2: Arco da Problematização com os resultados das oficinas.

(x) Hipóteses de solução elaboradas pelo grupo:

1º - “O conhecimento e a compreensão do processo histórico possibilita pensar e gerar as mudanças necessárias que se constituem o início das transformações que pretendemos, pois podemos perceber que dá pra fazer diferente”.

2º - “Para implantar um processo de mudança, é indispensável promover um espaço reflexivo sobre a realidade a ser mudada e essa mudança não pode ser verticalizada e instantânea. Primeiro tem que convencer as pessoas da necessidade de mudar. Temos que mudar internamente e acreditar nas possibilidades de mudança. Isto faz parte de um processo de amadurecimento e de evolução profissional. Para transformar, o ser humano não pode se conformar: A conformação é uma morte lenta... não cria nada”.

3º - “O conhecimento científico aliado ao compromisso do ser humano com o trabalho, são ferramentas essenciais para melhorar a qualidade do cuidado prestado, melhorando a qualidade de vida do profissional, que sofre menos estresse o que contribui para a motivação no trabalho”.

4º - “A valorização social do ser humano como pessoa e como profissional é primordialmente da auto-valorização”.

8 REFLEXÃO SOBRE AS POSSIBILIDADES DE TRANSFORMAÇÃO DA REALIDADE

Com o intuito de focalizar o cuidado prestado ao ser humano e a construção do ambiente terapêutico mais humanizado para o sofredor psíquico, procurei desenvolver minha dissertação objetivando incentivar a ação e a reflexão dos funcionários sobre a realidade vivenciada e promover um desvelamento da consciência crítica para obter, mais do que mudanças rápidas e profundas, transformações com a capacitação dos indivíduos para detectar os problemas e buscar soluções originais e criativas para o cuidado prestado pela equipe de tratamento na unidade de estudo.

Ao discutir o cuidado de enfermagem psiquiátrica estamos fazendo referência a uma nova clínica, que substitui a cura pelo cuidado que inclui a co-gestão da vida cotidiana dos assistidos como parte do tratamento (GOLDBERG, 1994). Isto significa dizer que o paciente passa a ser o sujeito da assistência que passa a ser problematizado e interrogado em sua história (MIRANDA, 1999).

Não é possível fazer um processo reflexivo sem se estabelecer um processo educacional. E a educação é um processo de reflexão. Paulo Freire (1981) refere que a reflexão é uma das características do processo educacional. De acordo com o autor, existe uma reflexão do homem em face da realidade, e acrescenta: “na medida em que os homens, dentro de sua sociedade, vão respondendo aos desafios do mundo, vão temporalizando os espaços geográficos e vão fazendo história pela sua própria atividade criadora” (FREIRE, 1981, p. 33).

Refletir sobre a experiência vivida implica em voltar a atenção à metodologia que instruiu o processo de construção. Neste sentido, destaco neste capítulo, os princípios teóricos da

pedagogia libertadora freiriana e a metodologia problematizadora que guiaram todos os momentos da prática em parceria com os trabalhadores de enfermagem.

O referencial teórico serviu para nortear as nossas ações fundamentando e orientando as experiências que vivenciamos na prática, considerando que a prática é uma experiência dinâmica e está sujeita a transformação durante o decorrer do processo, pois as experiências vão alterando conforme a realidade que se apresenta.

Escolhi a Metodologia Problematizadora, pois acredito que a construção de um processo educativo reflexivo serve com um pano de fundo para as mudanças que se fazem necessárias no ambiente de trabalho, e que efetivamente contribuem para a efetivação do processo de “humanização do cuidado prestado”.

Esta certeza foi corroborada pelas reflexões surgidas no processo que culminaram com as hipóteses formuladas pelos trabalhadores e pelas transformações ocorridas. A escolha pelo referencial deu-se pelas experiências anteriores com a metodologia e pela necessidade urgente de transformação da prática de enfermagem na unidade de estudo para a construção de um cuidado mais humanizado.

A reflexão acerca do referencial teórico ocorreu em todos os momentos de construção da proposta de transformação do cuidado, desde a sua elaboração, na realização das oficinas até sua análise, com sucessivas aproximações com o objeto, em movimentos de ir e vir, o que confirmou sua complexidade e aplicabilidade.

Os pressupostos elaborados e os conceitos construídos com base no referencial adotado permearam também toda a construção, uma vez que auxiliaram mutuamente a construção do processo, propiciando o desenvolvimento da consciência crítica dos trabalhadores de enfermagem, possibilitando o início das transformações propostas.

O desenvolvimento desta proposta de transformação do cuidado em uma enfermaria de pacientes psiquiátricos crônicos, baseado em uma construção coletiva, foi resultante da cumplicidade dos trabalhadores com a proposta, permitindo a vivência, compartilhando sentimentos, percepções, valores, crenças e conhecimentos, divergências e conflitos, caminhando para a ação-reflexão-ação, que pode ser constatada pelo início das transformações ocorridas e que se refletem com as modificações no ambiente de trabalho com a melhora do cuidado prestado. Esta dimensão será ainda melhor avaliada na caminhada, na re-alimentação do processo e no cotidiano da assistência.

O momento das oficinas propiciou uma reflexão do grupo, para que socializasse suas idéias, suas experiências, provocasse modificações na maneira de pensar e de agir do grupo, sendo que as reflexões deram-se a partir das situações vividas no cotidiano da assistência e no desenvolver das reuniões, com a abordagem dos temas geradores.

Em cada encontro semanal programado, foram abordados temas eleitos pelo próprio grupo que subsidiaram as discussões, culminando na efetivação de uma reflexão final, seguindo os passos do arco da problematização, elaborando uma hipótese de solução, que se aplicada à realidade, contribuiriam para a resolução do problema destacado.

As quatro hipóteses de solução elaboradas pelo grupo demonstram o crescimento progressivo no processo. Em cada etapa acontecia o desvelamento da realidade com a formulação das reflexões.

Na primeira hipótese, os participantes se deram conta do processo histórico em que estavam inseridos, estabelecendo uma relação direta da possibilidade de mudança com o conhecimento da história da psiquiatria, e, portanto com o processo educacional. Os participantes referem que ***“o conhecimento e a compreensão do processo histórico possibilita pensar e gerar as mudanças necessárias que se constituem o início das transformações que pretendemos, pois podemos perceber que dá pra fazer diferente”***.

Ao verbalizarem a possibilidade de “fazer diferente” com base na reflexão dos fatos históricos, prevalece a “compreensão histórica como possibilidade, em que não há lugar para as explicações mecanicistas dos fatos” mas a possibilidade da reinvenção do mundo.

Esta reflexão aponta para a possibilidade de construir uma nova história, em que cada um dos trabalhadores seja o sujeito dessa história, produzindo novos fatos embasado na visão humanística.

Como processo de conhecimento, formação política, manifestação ética, procura de boniteza, capacitação científica e técnica, a educação é prática indispensável aos seres humanos e deles específica na história como movimento de luta. A história como possibilidade não prescinde da controvérsia, dos conflitos que, em si mesmos, já engendrariam a necessidade de educação. (FREIRE, 2000, p. 14).

A possibilidade de transformação para os trabalhadores partindo da perspectiva de “fazer diferente”, apresenta uma perspectiva técnica e outra humanística, onde na primeira, torna-se

imprescindível o apoio do sistema institucional e político e, na segunda, a conscientização dos trabalhadores para a percepção da possibilidade de mudança.

A compreensão da história da doença mental e toda cultura a ela alicerçada contribuem preponderantemente na possibilidade de transformar uma prática psiquiátrica secularmente estigmatizada, em uma assistência mais digna e humana. Esta estratégia não tem resultado mágico ou instantâneo, pois os trabalhadores não desmontam suas crenças de um momento para outro.

A mudança de valores, crenças e práticas representam um trabalho difícil. Boa parte dessas pessoas receberam como herança e única opção, a possibilidade de trabalhar em psiquiatria. Vivem a longo tempo perto do hospital, numa comunidade que oferece poucas possibilidades de outros empregos, se acostumaram a conviver com a comunidade de pacientes, misturando um pouco da cultura hospitalar com a familiar. São filhos, irmãos, primos ou sobrinhos de funcionários que já trabalharam ou ainda trabalham no hospital e se acostumaram a fazer o que sempre foi feito, acriticamente, sem pensar na possibilidade de “fazer diferente”.

Para se implementar uma mudança bem sucedida implica em aperfeiçoar habilidades técnicas, compreensão e redobrar constantemente a crítica, num confronto constante de suas crenças e valores com a prática cotidiana.

A mudança nesse sentido possui, além de seu lado técnico, uma dimensão humanística em que se torna indispensável um constante aprender a compreender para aprender fazer, sem nunca dogmatizar verdades. Para Freire (2000) ao lado das certezas históricas deve estar sempre a possibilidade de revisão para não dogmatizar a verdade.

Significa reconhecer o conhecimento como produção social, que resulta da ação e reflexão, da curiosidade em constante movimento de procura. Curiosidade que terminou por se inscrever na natureza humana e cujos objetos se dão na História, como na prática histórica se gestam e se aperfeiçoam os métodos de aproximação aos objetos de que resulta a maior ou menor exatidão dos achados (FREIRE, 2000, p.10).

Freire (2000, p.10) assinala que historicamente o ser humano “veio virando o que vem sendo: não apenas um *ser* que vocacionado para ser mais pode, historicamente, porém, perder seu endereço e, distorcendo sua vocação, desumanizar-se”. O autor coloca a desumanização como uma vocação distorcida e faz um apelo para que toda a prática pedagógica trabalhe em prol da natureza humana.

Sem o conhecimento da história, é impossível compreender e estabelecer uma consciência crítica da realidade. O conhecimento pouco rigoroso promove a consciência ingênua que impede a possibilidade de transformação, e aceita a realidade da forma como se apresenta, o que significa também, a impossibilidade de conhecer, de ir mais além.

No quarto encontro, os participantes elaboraram o conceito de cuidado e a segunda hipótese de solução, após um processo reflexivo sobre o cuidado. A teorização realizada fez um resgate histórico do processo de exclusão da assistência psiquiátrica, sua evolução, e aponta o desafio que se apresenta aos profissionais de saúde mental para humanizar a assistência.

Os participantes refletiram sobre a tendência pedagógica tradicional alicerçada ao modelo vigente, que consiste em repetir acriticamente as condutas ditadas. Realizam uma reflexão sobre as formas de cuidado ao portador de transtorno psíquico, onde este é o sujeito do cuidado e, sendo sujeito por si só, possuidor de individualidades. Mostram a pedagogia libertadora como uma possibilidade de ruptura com este modelo tradicional de ensinar e aprender, onde a educação se coloca como um instrumento de transformação desta realidade.

As reflexões dos participantes enfocaram a importância da escuta, da observação e do respeito as subjetividades do cliente como ponto fundamental para a humanização do cuidado. Suas falas encerravam sentimento de amor e solidariedade, pré-requisito fundamental do cuidado humanizado, culminando com a elaboração do conceito de cuidado e a elaboração do manual de cuidado para cada cliente, respeitando suas características e necessidades.

Começa a completar-se a ruptura com a idéia do louco, da "coisificação" do doente, na medida em que avaliam o cuidado. Acredito é este foi o ponto fundamental de partida para o início das transformações.

Estas reflexões contribuíram para a elaboração da segunda hipótese de solução: que permeia o processo de democratização das relações no trabalho como possibilidade de transformação do cuidado e um caminho para a humanização da assistência psiquiátrica. Os participantes enfatizaram a importância de que ***“para implantar um processo de mudança, é indispensável promover um espaço reflexivo sobre a realidade a ser mudada e essa mudança não pode ser verticalizada e instantânea. Primeiro tem que convencer as pessoas da necessidade de mudar. Temos que mudar internamente e acreditar nas possibilidades de mudança. Isto faz parte de um processo de amadurecimento e de evolução profissional. Para transformar, o ser humano não pode se conformar: A conformação é uma morte lenta... não cria nada”***. Colocam esta hipótese, como um caminho para o inconformismo, corroborando com

a idéia de Paulo Freire (1981, p. 31) quando afirma que “a educação deve estimular o homem à opção de afirmar o homem como homem. Adaptar é acomodar e não transformar”.

Pode-se pensar, diante desta afirmação que o processo de mudança contido nestas reflexões é em si um desafio. Congregam mudança com reflexão, democracia, interiorização, produção, possibilidades, maturidade, inconformismo e vida.

Assim, num trabalho de análise crítica, a hipótese formulada apresenta o tema desafiador “mudança” aliada ao papel do trabalhador social, que para Freire (1981, p. 45), não se dá somente no processo de mudança, mas no domínio mais amplo, onde a mudança é somente uma de suas dimensões. A outra dimensão é a estabilidade sem a qual, uma não existe sem a outra, pois do contrário, sequer as conheceríamos.

Mudança e estabilidade resultam ambas da ação do trabalho que o homem exerce sobre o mundo. Como um ser da práxis, o homem, ao responder aos desafios que partem do mundo, cria seu mundo: o mundo histórico cultural. O mundo de acontecimentos, de valores, de idéias, de instituições. Mundo da linguagem, dos sinais, dos significados, dos símbolos. Mundo de opinião e mundo do saber. Mundo da ciência, da religião, das artes, mundo das relações de produção. Mundo finalmente humano (FREIRE, 1981, p. 46).

Os participantes associaram a mudança a um processo reflexivo e tê-la como objeto de reflexão é submeter a estrutura social na qual estão inseridos, à essa mesma reflexão. Refletir sobre uma, é refletir sobre a outra. É necessário, porém que os trabalhadores compreendam que a estrutura social é obra dos homens e assim sendo, sua transformação será também obra dos homens.

Isto significa dizer que sua tarefa fundamental é a de serem sujeitos e não objetos da transformação. Tarefa que lhes exige, durante sua ação sobre a realidade, um aprofundamento da sua tomada de consciência da realidade, objeto de atos contraditórios daqueles que pretendam mantê-la como está e dos que pretendem transforma-la. Por isso o trabalhador social não pode ser um homem neutro frente ao mundo, um homem neutro frente a desumanização, frente a permanência do que já não representa os caminhos do humano ou à mudança destes caminhos. O trabalhador social, como homem, tem que fazer sua opção. Ou adere à mudança que ocorre, de seu ser mais, ou fica a favor da permanência (FREIRE, 1981, p. 48-49).

Os trabalhadores referiram que uma “mudança não pode acontecer de forma vertical”, apontando para a necessidade de democratização das relações interpessoais nos ambiente de trabalho. Neste sentido, concordo com Oliveira (2001, p.124) quando diz que humanizar no trabalho de enfermagem, “consiste no respeito pela pessoa, consideração das diferenças individuais e a promoção ao ‘ser mais’”. Isto inclui reconhecer que os trabalhadores de saúde, bem como as pessoas que buscam estes serviços, são sujeitos com direitos, e, que nenhuma modificação se processará, se não houver a participação ativa de todos os envolvidos.

Neste sentido, a horizontalidade, inclui que as diferentes categorias de trabalhadores em saúde mental superem o cooperativismo institucional e busque construir um novo modelo assistencial, contemplando o portador de transtorno psíquico como cidadão. Esta nova relação nos serviços de saúde mental, visando a humanização da assistência, demanda que se estabeleçam novas relações, menos verticalizadas e mais horizontais, possibilitando a participação ativa de todos os envolvidos, criando condições para as mudanças e incluindo novas práticas, em que os sujeitos, em seus diversos papéis profissionais, aliem o saber específico à sensibilidade, amor e respeito ao próximo.

Continuando a formulação de possibilidades para a humanização da assistência prestada, os participantes elaboraram a terceira hipótese de solução, afirmando que ***“O conhecimento científico aliado ao compromisso do ser humano com o trabalho, são ferramentas essenciais para melhorar a qualidade do cuidado prestado, melhorando também a qualidade de vida do profissional, que sofre menos estresse o que contribui para manter a motivação no trabalho”***.

Os valores tecnologia, humanismo e compromisso, não são totalmente incorporados na formação profissional de enfermagem que esta centrada no modelo biomédico mecanicista, enfatizando o fazer, no qual a educação serve aos interesses políticos e econômicos da sociedade. Na educação tradicional, o aluno entra na escola para cumprir um currículo formal, normalmente descontextualizado da prática e da realidade onde vai atuar. A pouca ou nenhuma oferta de cursos de reciclagem, somados a insuficiência dos conteúdos ministrados na cadeira de psiquiatria, independente do nível de formação, resulta num dilema ético caracterizado pelo despreparo que os profissionais são colocados no mercado de trabalho.

Um dos problemas do ensino de enfermagem psiquiátrica se deve a composição curricular associado à doença, privilegiando os estágios em manicômios, não priorizando o sistema ambulatorial, o nível preventivo e os serviços alternativos, ainda escassos na rede de saúde mental.

Esta formação alienante e descontextualizada com os novos rumos da assistência em saúde mental contribui preponderantemente com a perpetuação do paradigma técnico formal, produzindo profissionais acríticos que se inserem no mercado de trabalho para reproduzir o “modelo padrão”.

“O currículo é uma construção cultural, histórica e socialmente determinada, não podendo, portanto ser desvinculada do contexto social, não é um instrumento neutro; passa uma ideologia, que a escola precisa identificar e desvelar” (PADILHA et al., 2000, p.37-38). Para Bagnato (1999) o compromisso da educação é emancipar os indivíduos na sociedade. Este compromisso implica em considerar nos currículos as diferentes dimensões presentes na educação: técnica, humana, política, histórica, social, cultural, ética, epistemológica, psicológica e afetiva.

A educação libertadora é incompatível com uma pedagogia que, de maneira consciente ou mistificada, tem sido prática de dominação. Como as discussões sobre a nova política de saúde mental ainda são poucas e complexas, é fundamental a manutenção dos espaços democráticos, onde as questões do dia a dia possam ser melhor debatidas. Para que isso ocorra, e preciso ampliar as discussões e informações nos espaços de trabalho, permitindo e provocando a participação de todos os envolvidos, para que os trabalhadores não fiquem à margem das discussões.

O processo de avaliação do cuidado permitiu aos participantes questionarem-se sobre a não valorização que a instituição, seus dirigentes e os demais elementos da equipe multidisciplinar atribuem aos trabalhadores. As falas incluem sentimentos de baixa auto-estima, opressão, desconsideração e desrespeito pelo seu fazer e seu ser, colocando em evidencia a divisão técnica e social do trabalho, onde os profissionais de nível médio não são valorizados em detrimento dos profissionais de nível superior. Desta forma elaboraram a quarta e ultima hipótese de solução, colocando como ponto para a humanização da assistência, a necessidade da ***“valorização do ser humano como pessoa e como profissional, dependendo primariamente da auto-valorização”***.

A desvalorização dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais psiquiátricos se manifesta pelas mesmas condições precárias que os clientes vivem. Ambientes sujos, desorganizados, condições de trabalho degradantes. Ritmos intensificados, jornadas de trabalho prolongadas, excesso de carga horária de trabalho, insuficiência de pausas, controle coercitivo e várias formas de pressão e opressão para a manutenção do “status” institucional. Mesmo assim, os participantes manifestam resistências contra essas condições, mantendo-se no processo,

defendendo-se dele com vários mecanismos de defesa. Um desses mecanismos desenvolvido é a alienação que resulta na desumanização, mantendo o ciclo de humanização roubada, isto é, não recebem condições humanas para desenvolver seu trabalho, desumanizam-se. A desumanização pode ser percebida pela apatia com que convivem com a realidade imposta. Quando abrimos espaço para a reflexão, abrimos a esperança de transformação. Ao reverenciar a auto-valorização como pressuposto para a valorização profissional, os participantes manifestam o cuidado de si, e conseqüentemente, desta forma cuidarão melhor do outro, pois o cuidado de si é dimensão integrante do cuidado do outro (SILVA, 1999).

A proposta de transformação do cuidado na unidade de estudo, representou um marco significativo para os participantes revisarem seus valores, suas crenças em relação ao ambiente, ao cliente, ao cuidado e em relação a si mesmos. Permitiu refletirem sobre essa prática, suas idéias e seu fazer, partindo das experiências do cotidiano de trabalho contribuindo para sua auto-valorização.

Destaco como ponto positivo do estudo, a participação efetiva de todos os funcionários, que embora inicialmente possam ter sido motivados pelas “vantagens” de receberem certificação e validação das horas, posteriormente, demonstraram que este não foi o motivo de suas permanências.

A vivencia permitiu a cada um dos participantes, e para mim de forma especial, um crescimento pessoal e profissional, traduzidas nas reflexões formuladas e que contribuíram para a construção de um novo conhecimento.

Neste sentido, cabe propor que as instituições deveriam promover e estimular uma prática educativa libertadora que levassem os trabalhadores de saúde mental a repensar sobre o cuidado e as possibilidades de renovação e transformação deste, sem perder de vista a singularidade e unicidade do portador de transtorno psíquico, resultando em novas formas de cuidado, mais emancipatórias e solidárias, e, portanto mais humanizadas.

A receptividade por parte da gerencia de enfermagem em relação ao estudo proposto abrindo espaço para o seu desenvolvimento, da mesma forma, a disponibilidade de uma colega em especial, colocando os funcionários de sua unidade para possibilitar a participação dos demais, oportunizando o emergir de formas inovadoras no cuidado, foram pontos positivos a serem destacados.

Porém, o direito à crítica, o escamoteamento da verdade e a dever da denúncia se apresentaram a mim em todo o processo, e, muitas vezes, observava que as emoções e o

corporativismo eram utilizados como pano de fundo para encobrir problemas éticos na assistência, e a falta de recursos usada como justificativa para falta de ética no cuidado. Este fato causou-me certa inquietação e ansiedade, caracterizando-se em uma das dificuldades encontradas no processo, porém constituiu-se em desafio a ser superado.

A análise de uma assistência prestada precede à possibilidade de proposta de transformação, pois para transformar é preciso conhecer e analisar o contexto com consciência crítica. Ao analisarmos a assistência prestada em um determinado contexto, também, o caráter ético institucional de todos os profissionais que ali trabalham é analisado. Sendo assim, a realização deste trabalho propiciou uma vivência permeada por aspectos éticos profissionais que se constituíram em desafios, e no desenvolver deste, apoiava-me constantemente no referencial escolhido para subsidiar o caminho.

A convivência com os participantes permitiu a formação de vínculos afetivos, de respeito e confiança mútua, criando um clima de cumplicidade para as transformações propostas, favorecendo um ambiente mais harmônico, encorajador, criativo e cooperativo. Outro ponto a destacar foi os comentários que surgiram na instituição que provocou a vinda espontânea de uma funcionária de outra unidade para participar do estudo.

Outro aspecto facilitador, sem dúvida, foi a realização do estudo no local de trabalho propiciando a participação de todos os envolvidos, ampliando e substanciando o conhecimento teórico a cerca do tema a ser trabalhado. A escolha do referencial teórico metodológico ofereceu segurança e as bases necessárias para gerar um clima de segurança e originalidade na realização do estudo, assim como a contribuição para o avanço rumo à humanização da assistência psiquiátrica.

Nesta perspectiva, a construção de um processo educativo reflexivo, no que diz respeito a humanização no trabalho da enfermagem, coloca-se apenas como uma estratégia indireta, como pano de fundo, na qual a “doença” é colocada entre parênteses e o olhar é dirigido ao ser humano e ao seu existir. Esta é uma importante estratégia para a tomada de consciência fundada na preocupação com a natureza humana com vistas à construção de uma nova proposta de cuidado.

No que diz respeito a organização do trabalho, a idéia de um processo educativo reflexivo busca integrar o conhecimento existente às exigências colocadas por um mundo em constante evolução, em que não cabe mais ficar apenas reproduzindo as iniciativas do passado, mas, a partir delas, e de novos conhecimentos, possibilitar aqueles que vivem diariamente esta organização, repensá-la e recriá-la num processo coletivo.

Posso afirmar, que me encontro hoje muito tranqüila com minha escolha, com meu projeto assistencial e segura que ajudei a plantar uma semente de transformação. Aquela realidade precisava ser mais do que denunciada, ela precisava ser transformada.

Concluo que apesar do progresso e das Leis, a humanização não atinge os setores, se nestes, não existirem profissionais comprometidos com o ser humano e com a educação, pois, a ausência de um processo educativo permanente gera a alienação que é uma dos caminhos para a desumanização.

A compreensão crítica dos limites da prática, do poder institucional e da hegemonia médica e a implementação de um processo educativo permanente, são indispensáveis como ponto de partida para discutir e re-aprender a ética do gênero humano, como caminho para a democracia, cidadania e como destino planetário da humanidade.

Minha posição hoje é a de estar criticamente em paz com minha profissão, com minha consciência e com minha escolha pela humanização da assistência psiquiátrica. Finalmente, referenciando Freire (2000), acrescento que esta é uma posição não dogmática, mas serena e firme, consciente das possibilidades de transformação, na busca das mudanças, na certeza de não dogmatizar verdades e de não me congelar nelas.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (Coordenador). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995, 136 p.

AREJANO, Ceres Braga. **Cuidar sim, excluir não**. Projeto de Qualificação de Doutorado. PEN- UFSC, 2001 .

ARRUDA, Eloíta Neves; SILVA, Alcione Leite da. Programa Integrado de pesquisa cuidando e confortando: retrospectiva histórica. In: **Cuidando e Confortando: uma perspectiva de enfermagem para o terceiro milênio**. Revista **Texto & Contexto-Enfermagem/Universidade Federal de Santa Catarina**. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, - v. 7, nº 2. Maio/Ago, 1998.

BAGNATO, Maria H. S. Formação crítica dos profissionais da área de enfermagem. Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, v.8, n.1, p.31-42, jan./abr.,1999.

BARRIENTOS T. N. F. Saúde mental, políticas públicas e neoliberalismo: A experiência de Cuba. In: FERNANDES, M.I.A.; SCARCELLI, I.R.; COSTA, S. E..(Org.). **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo, Instituto de psicologia da USP, 1999, 208p.

BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática** / Franco Basaglia; (tradução Sonia Soianesi, Maria Celeste Marcondes). São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

BEZERRA JUNIOR, Benilton. De Médico, de louco e de todo mundo um pouco: Campo Psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo (org.).

Saúde e Sociedade no Brasil dos anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, p. 171 a 191.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante, Paulo [Org.] **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**, Rio de Janeiro, 1994, p. 41-72.

BÍSCARO, Waldir. **Maturidade e poder pessoal: caminhos para o auto desenvolvimento.** São Paulo: Brasiliense, 1994, p.21-24.

BORDENAVE, Juan Dias. Alguns Fatores pedagógicos. In: Brasil. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. Brasília, 1986, p. 19-26 In: **Curso de capacitação pedagógica para instrutores/supervisores de saúde.**

BORDENAVE, Juan Dias. In: BRASIL. **Ministério da Saúde.** Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos para o SUS. Capacitação Pedagógica – Área de Saúde. Reimpressão da 1º ed. Brasília: MS.,1994,.60p.

BOFF, Leonardo. **Á águia e a galinha: Uma metáfora da condição humana.** Petrópolis, Rio de Janeiro: ed. Vozes, 23º ed., 1997.

BOFF, Leonardo. À águia e a galinha. In: **Curso de Especialização em Metodologia do Ensino Médio para a Profissionalização em enfermagem. O prazer de ensinar e aprender**, Fpolis: UFSC, módulo I – anexos, 1999, p. 10-11.

BRASIL. **Lei n.º Lei 7.498 de 25 de junho de 1986.** Dispõe a regulamentação do Exercício profissional da Enfermagem, Brasília. In: **Código de Ética de Enfermagem** Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Santa Catarina – Gestão 96-99., 2º edição, 1997. p. 28-31.

_____. **Lei nº 10.216 ,de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília.

BUCHELE, Fátima. A enfermagem na reestruturação da assistência psiquiátrica. In: **Revista Texto & Contexto.** Enfermagem. Florianópolis, v.5, n.2,p.140-146, jul/dez., 1996.

CAPELLA, Beatriz. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem.** Pelotas: ed. Universitária/UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1998.

CHIRELLI, Mara Quaglio (coord.) **Introdução ao Curso de Enfermagem** Marília: Faculdade de Medicina de Marília. Curso de Enfermagem, 1999.

COLLIÉRE, Maria Françoise. Promouvier la vie. In: TAVARES, Cláudia Mara de Melo. **O aliciamento do enfermeiro para a prática interdisciplinar em psiquiatria**. Brasília: Resumo do CEBEN, 1992.

COOPER, David. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1989, 162p.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Xenon, 4ª edição, 1989.

COSTA, E., KOERICH, M. S., MACHADO, R. **Loucura, condição humana e cidadania**. Revista Ciências da Saúde, V.20, Nº 1, 2001.

COSTA, Eliani; BORESTEIN, Miriam Süskind. O Projeto Ana Teresa: O Caminho para a Desinstitucionalização do Doente Mental? In: **Revista Brasileira de Enfermagem** V. 52, n. 1, p. 79-90, jan./mar., 1999.

COSTA, Eliani; MACHADO, Rosani Ramos. Uma Vivência de Educação no Trabalho: “O Processo de Construção do Plano Político Pedagógico da Escola de Formação em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina”. **Monografia do Curso de Especialização em Metodologia do Ensino para a Profissionalização em Enfermagem**, UFSC, 2000.

COSTA, Eliani. A Desospitalização como foco central na assistência de enfermagem à pacientes do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina. In: **Proposta Preliminar de Trabalho apresentada à Comissão de Seleção ao Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem /UFSC**. Florianópolis, S.C., 2000. 10 p. Trabalho não publicado.

DAVINI, Maria Cristina. Do processo de aprender ao de ensinar. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de recursos Humanos para o SUS. **Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor – Área da Saúde**. Reimpr. da 1ª ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 1994. p. 27-33.

DEMO, Pedro. Pesquisa Qualitativa. Busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. In: **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n.2, 1996, p.89.

DIAS, Lígia Paim M; PRADO, Marta Lenise; SILVA, Denise Maria Guerreiro; CARRAR, Terma. **Conceitos e visões teóricas**. Momento 3. Florianópolis: ESPENSUL/REPENSUL/UFSC, 1996.

DIAS, Mirian. Manicômio sua crítica e possibilidade de superação. In: Puel, E. RAMISON, M. D., MAY, Marta Philipe, BRUM, M.C.F.M., DIAS, M., SILVA, T.J. **Saúde mental: Transpondo as fronteiras hospitalares**. Porto Alegre: Dacasa, 1997. 98p.

JORNAL Diário Catarinense: 15 de dezembro de 1995 – Seção: Geral –Título: **Colônia Santana**.

DRUMMOND, José Paulo. Simião Bacamarte e o manicômio: um monólogo, 1995. In: **Curso de Especialização em Metodologia do Ensino Médio para a Profissionalização em enfermagem. O prazer de ensinar e aprender**. Florianópolis: UFSC, módulo I– anexos, 1999, p.4-5.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini. O sistema de cuidados de enfermagem: sua organização nas instituições de saúde. In: **Cuidando e Confortando: uma perspectiva de enfermagem para o terceiro milênio. Revista Texto & Contexto-Enfermagem**/Universidade Federal de santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, - v. 7, nº 2. Mio/Ago, 1998.

ESTIMA, Sonara Lúci. **O processo de cuidado no desenvolvimento de capacidades intra/interpessoais de trabalhadoras de enfermagem**. Dissertação. (Mestrado em assistência de enfermagem) Florianópolis/ S.C.. UFSC, 2000.

FAGUNDES, Sandra. Saúde mental coletiva: a construção no Rio Grande do Sul, 1992. In: BEZERRA, Benilton; AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumre, 1992.

FENILI, Rosângela Maria. **Desvelando a necessidade contrária através da assistência de enfermagem ao cliente psíquico**. Dissertação: Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSC- Fpolis, 1999.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Básico de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Fronteira, 1986.

FERREIRA, Rosni. **Seguridade Social**. Apostila do Curso de Seguridade Social. Instituto Nacional de Seguridade Social - Florianópolis (S.C.), 1999.

FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira. **A Prática de Enfermagem Psiquiátrica: Subordinação e resistência**. São Paulo: Cortez, 1993, 158p.

_____. A enfermagem psiquiátrica frente ao processo de desospitalização. In: **Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem Bahia-1998, 272-277p**.

- FREIRE, Paulo. **Conscientização: Teoria e Prática da Libertação**. Uma Introdução ao Pensamento de Paulo Freire. 3º ed. São Paulo: Moraes, 1980.
- _____. **Educação e Mudança**. Tradução de Moacir Gadotti e Lílían Lopes Martin. – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981. Coleção Educação e mudança, vol. 1, 79p.
- _____. **Educação como prática da liberdade**. 14º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra 1983. 150 p. ilustr.
- _____. **Pedagogia do Oprimido**. 17º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra 1987. 184 p.
- _____. **Política e educação: ensaios**. 4 ed. – São Paulo: Cortez, 2000. Coleção da Nossa época; v. 23.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- GADOTTI, Moacir; FREIRE, Paulo; GUIMARÃES. **Pedagogia: Diálogo e Conflito**. 4º ed., São Paulo: Cortez, 1995.
- GADOTTI, Moacir. **Convite à leitura de Paulo Freire**. São Paulo: Scipione, 1989.
- GADOTTI, Moacir. Educação e ordem classista. In: FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. Tradução de Moacir Gadotti e Lílían Lopes Martin. – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981. Coleção Educação e mudança, vol. 1, p.9-14.
- GANDIN, Danilo. **Planejamento: como prática educativa**. São Paulo: Ed. Loyola, 1999. 111p.
- GAUTHIER, M.H.J. & CABRAL, I.E. & SANTOS, I dos. & TAVARES, C.M. de M. **Pesquisa em enfermagem – Novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: ed. Guanabara koogan, 1998.
- GEORGE, Júlia B. e col. **Teoria de Enfermagem** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 338p.
- GOFFMANN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Perspectiva, São Paulo, 6º ed., 1999.
- GONZAGA, A. Â.. **Manual Popular em Saúde: do permitido da doença às ações coletivas e dialógicas em saúde**. Florianópolis, 1994. Dissertação de Mestrado-Pós-Graduação de Enfermagem. UFSC, 1994.
- GOLDBERG, Jairo. **A clínica da psicose**. Rio de Janeiro: TE Core/IFB, 1994. 168p.
- GUATARI, Felix. **Caosmose – um novo paradigma estético**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

- HORR, L.; SOUZA, M de L. S.; COELHO, E.B.S.; REIBNITZ, K.S. Construindo o Arco da Problematização. 1999. In: **Educação, trabalho e enfermagem**. V.3. Florianópolis: UFSC, CCS, NFR,SBP, 2000, p. 124-137.
- IRVING, S.; R.N.; M.S. **Enfermagem Psiquiátrica Básica**. Copyright, 1ª edição em português, Interamericana, Rio de Janeiro, 1979, 292 p.
- LEOPARDI, Maria Teresa. Métodos de assistência de enfermagem – análise da utilização do instrumento no processo de trabalho. tese de doutorado. S.P.USP, 1991. IN: TEIXEIRA, Mário. **Hospício e Poder**. Brasília, 1993. 90 p.
- MINAYO, M. C. S. Et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MINZONI, Maria Aparecida. **A Assistência de enfermagem ao doente mental internado: análise de uma experiência de treinamento de atendentes em hospital psiquiátrico**. 1975, 191p. Tese (Doutorado em enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- MIRANDA, C.L. **O parentesco imaginário**. São Paulo: Cortez, 1994.
- MIRANDA, M. L. M.; ROCHA, R. M.; SOBRAL, V. S. S. O ensino, a pesquisa e a assistência de enfermagem psiquiátrica. In: **Revista de Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da UERJ**. V. 7, nº 2, jul./dez. de 1999.
- MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Cortêz, Brasília, 2ª ed., UNESCO, 2000. 118 p.
- MORÉ, Carmem Leontina Ojeda Ocampo. **Atendendo á demanda: proposta de um modelo de sistematização de intervenção psicológica junto a postos de saúde comunitários**. Tese (Doutorado em psicologia clínica), Vol I. São Paulo: PUC, 2000.
- NICÁCIO, M. F. **O processo de transformação em saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. 1994. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Programa de Estudos de Pós Graduação / PUC.
- OLIVEIRA, M E. de; ZAMPEIRI, m de F. M.; BRUGGEMANN, ° M. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.
- OMS - Código Internacional de Doenças –10ª revisão -**CID 10**- dados adaptados da classificação Estatística Internacional de doenças.

OREN, Dorotéa. **Nursing: concepts of practice**. 3º ed. New York: McGra-Hill, 1985.

PADILHA, M. I. de S. C. e SILVA, D. M. G. V. da. A reflexão sobre o processo de mudança. In: **O processo de educação no trabalho: A reflexão da prática**. V.5. Florianópolis: UFSC, CCS, NFR,SBP, 2000, p. 43-68.

PADILHA, M. I. de S. C. e SILVA, D. M. G. V. da. A reflexão sobre o processo de mudança. In: **O processo de educação no trabalho: A reflexão da prática**. V.5. Florianópolis: UFSC, CCS, NFR,SBP, 2000, p. 43-68.

PADILHA, M. I. de S. C. ; PRADO, M. L do; HERR, Lidvina. Planejamento e organização Curricular. In: **Aspectos Operacionais do processo Ensinar-Aprender**. V.4. Florianópolis: UFSC, CCS, NFR,SBP, 2000, p. 21-45.

PATRÍCIO, Z.M. CASAGRANDE, J.L., ARAÚJO, M.F. **Qualidade de vida ao trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas**. Florianópolis: Autor, 1999.

PEPLAU, Hildegard. **Interpersonal relations in nursing**. New York: G.P. Putnam's sons, 1952.

PORTOLESE et al. In; BASAGLIA, Franco,. **Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática** / Franco Basaglia; (tradução Sonia Soianesi, Maria Celeste Marcondes). São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

PRADO, Lenise do; HERR, Lidvina [Col.]. Metodologia Problematizadora- um modo de aprender a aprender. In: REIBNITZ, K.S., HERR, L., SOUZA, M. de L. **Curso de Especialização em metodologia do ensino para a profissionalização em enfermagem: Educação, Trabalho e Enfermagem**. V.3. Florianópolis: UFSC, CCS, NFR,SBP, 2000.

REIBNITZ, Kenya S. Enfermagem: espaço curricular e processo criativo. In: SAUPE, Rosita. **Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: EDUFSC, 1998, p. 187-218.

REIBNITZ, K.S., MONTICELLI, M., MAGELA, A. L.. O processo criativo - Criatividade: definições, elementos e potencial criativo. In: **Curso de Especialização em metodologia do ensino para a profissionalização em enfermagem - O processo de educação no trabalho – a reflexão da prática**. REIBNITZ, K.S., HERR, L., SOUZA, M. de L. Florianópolis: UFSC, NFR, SBP, 2000, V.5. p 15-18.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde: dialética do pensar e do saber**. São Paulo: Carez,

1986.

REZENDE, A. L. M.; FENILI, R. Técnicas Pedagógicas. In: **Curso de Especialização em metodologia do ensino para a profissionalização em enfermagem-Aspectos operacionais do processo ensinar-aprender**. REIBNITZ, K. S.; HERR, L., SOUZA, M. de L. Florianópolis: UFSC, NFR, SBP, 2000, V.4 p 65-92.

ROCHA, Ruth Myllus. **Enfermagem Psiquiátrica: que papel é este?** Rio de Janeiro, Instituto Franco Basaglia/ Editora Te Cora, 1994. 208 p.

ROGERS, M.E. **Na Introduction to the theoretical basis of nursing**. Philadelphia, P.A.: F.A Davis Company, 1970.

ROGERS, C. **Liberdade para aprender**. Belo Horizonte: Interlivros, 1977.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, Franco, AMARANTE, Paulo. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil. Aspectos Históricos e metodológicos. In: **Psiquiatria sem Hospício** BEZERRA Junior, Benilton Amarante, Paulo.. Rio de Janeiro; Relume-Dumará, 1992. 125 p.

ROTELLI, Franco. Superando o Manicômio - O circuito psiquiátrico de Trieste. 1990. 17-50 p. In: AMARANTE, P. (Coordenador). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995, 136 p.

SANTOS, Oraidia Maria de Abreu G. dos. Movimentos e Saúde Mental. In: **Anais do 47º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Goiânia, 1995.

SAUPE, Rosita; BRITO, Valdete Herdt; GIORGI, Maria Denise Mesadri. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da enfermagem. In: SAUPE, Rosita. **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: EDUFSC, p. 243-272.

SAUPE, Rosita (Org.). **Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: UFSC, 1998. p. 101.

SILVA, Alcione Leite da. **Cuidado transdimensional: um paradigma emergente**. Pelotas: Ed. Universitária/ UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em enfermagem/UFSC, 1997. 215p.

SILVA, Alcione L; ARRUDA, E. N. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem? **Texto e Contexto/Enfermagem** Florianópolis, v.2, n.1, p. 82-92, jan./jun., 1993.

SILVA, A.C.P., CARVALHO, H.M. **Manual do Auxiliar Psiquiátrico**. São Paulo: Rhodia – divisão Farmacêutica; Departamento de Neuropsiquiatria da FMUSP, 1977.

SIQUEIRA, Hedi C. H. de. **Construção de um processo educativo através de um exercício de reflexão crítica sobre a prática assistencial integrativa, com um grupo de enfermeiros de um Hospital universitário**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Pós-Graduação em Enfermagem, 1998.

SOUZA, Alina Maria de Almeida, GALVÃO, Ena de Araújo, SANTOS, Izabel dos, e col. **Processo educativo nos serviços de saúde**. Organização Panamericana de Saúde. [s.l.: s.n.], 19[--].

STAHELIN, A. F. & LAGRANHA, S.E.S. Antipsicóticos/neurolépticos/tranqüilizantes maiores/drogas antiesquizofrênicas. In: **Curso de Especialização em Metodologia do Ensino Médio para a Profissionalização em enfermagem- Aspectos operacionais do processo de ensinar-aprender**. Fpolis: UFSC, módulo IV – anexos, 2000, 40-41.

TAVARES, Cláudia Mara de Melo. **O aliciamento do enfermeiro para a prática interdisciplinar em psiquiatria**. Brasília: Resumo do CEBEN, 1992.

_____. **A Poética do cuidar na enfermagem psiquiátrica**. Produção SENAI- Rio de Janeiro, 1999, 207p.

TAYLOR, Cecília Monat. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. Ed. Médicas, 13º ed., 1992. 453 p.

TCHECOV, . Curso de mestrado em enfermagem. **Disciplina prática assistencial**. 2000. Nota de Aula, 2002)

TEIXEIRA, Mário. **Hospício e Poder**. Brasília, 1993. 90 p.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**, Florianópolis: ed. UFSC, 1999, 162p.

TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**, Petrópolis: Vozes, 1992.

WALDOW, V.R. Cuidado; Uma revisão teórica. In: **Revista Gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre 13 (2): 29-35, jul.1992.

WATSON, Jean M. **Nursing: human science and human care: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1988.

VEIGA, Ilma P. Alencastro (Org.). **Técnicas de ensino: por que não?** Campinas: Papirus, 1991.

ZAMPIERI, M. de Fátima Mota. O processo educativo: interpretando o som da melodia. In: OLIVEIRA, M E. de; ZAMPEIRI, m de F. M.; BRUGGEMANN, ° M. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001, p. 101-107.

10 ANEXOS

ANEXO A

PROGRAMAÇÃO DA OFICINA / AGOSTO DE 2000

OFICINA DE RE-CONSTRUÇÃO TERAPÊUTICA E ESTRUTURAL PARA A HUMANIZAÇÃO DO AMBIENTE

1. **Justificativa:** A enfermaria onde se realizará a proposta de humanização do ambiente é uma enfermaria de pacientes crônicos, portadores de transtornos psíquicos, que necessita ser reestruturada física e terapeuticamente. O olhar cotidiano da prática assistencial tem se centrado em atividades tecnicistas em função das dificuldades habituais pelo qual passa a assistência psiquiátrica. Pensamos em uma proposta de ação, que esta baseada no processo ensino aprendizagem para sensibilizar a equipe a recriar uma realidade diferente, usando a criatividade, organização e cumplicidade. O processo educativo ultrapassa os limites da reprodução de rotinas, reveste-se de uma relação importante para o educando, fazendo com que isto se reflita na assistência dia a dia.

2. **Objetivos:** Ao final desta Oficina, pretende-se que a equipe tenha construído além das rotinas para a enfermaria, uma nova visão sobre a necessidade de criar e mudar a realidade da enfermaria.

3. **Participantes:** equipe de funcionários da enfermaria

4. **Coordenação:** enfermeira **Eliani Costa**

5. **Período:** De 01/08/2000 a 29/09/2000 – Das 13: 0 às 17:30 horas (durante seis terças feiras consecutivas).

6. **Programação:**

Dias	Programa
01/08/00	1. Sensibilização para as mudanças <ul style="list-style-type: none"> • O processo de educação no trabalho • O processo criativo • O processo participativo
08/08/00	2. Trabalho em pequenos grupo: <ul style="list-style-type: none"> • Levantamento dos problemas da enfermaria • Sugestões para mudanças 3. Trabalho no grande grupo: <ul style="list-style-type: none"> • Seleção e validação dos problemas levantados • Definição de propostas de solução 4. Realização das rotinas da enfermaria de acordo com o proposto 5. Distribuição das competências individuais e coletivas 6. Aplicação na prática.
15/08/00	1. Trabalho em pequenos grupos: <ul style="list-style-type: none"> • Levantamento dos problemas da enfermaria: Sugestões para mudanças 3. Trabalho no grande grupo: <ul style="list-style-type: none"> • Seleção e validação dos problemas levantados • Definição de propostas de solução • Realização das rotinas da enfermaria de acordo com o proposto • Distribuição das competências individuais e coletivas 4. Aplicação na prática.
22/08/00	1. Trabalho em pequenos grupos: <ul style="list-style-type: none"> • Levantamento dos problemas da enfermaria • Sugestões para mudanças 2. Trabalho no grande grupo: <ul style="list-style-type: none"> • Seleção e validação dos problemas levantados • Definição de propostas de solução • Realização das rotinas da enfermaria de acordo com o proposto • Distribuição das competências individuais e coletivas 3. Aplicação na prática.

29/09/00	<ol style="list-style-type: none">1. Trabalho em pequenos grupos:<ul style="list-style-type: none">• Levantamento dos problemas da enfermaria• Sugestões para mudanças2. Trabalho no grande grupo:<ul style="list-style-type: none">• Seleção e validação dos problemas levantados• Definição de propostas de solução• Revisão do processo com a re-leitura das rotinas e procedimentos dotados• Avaliação das rotinas da enfermaria implantadas e revisão de pontos considerados críticos• Distribuição das competências individuais e coletivas3. Avaliação do processo4. Encerramento
----------	--

ANEXO B

PROGRAMAÇÃO DA OFICINA/OUTUBRO DE 2001.

OFICINA DE CONSTRUÇÃO TERAPÊUTICA E ESTRUTURAL PARA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO

1 Justificativa: O público alvo deste segundo ciclo de oficinas é o grupo de funcionários de uma enfermaria de pacientes psiquiátricos crônicos, de um macro hospital psiquiátrico estatal. O fazer destes trabalhadores tem seu modelo centrado no antigo paradigma da doença mental e acreditamos que somente a implementação de um processo educativo, reflexivo possa contribuir para a adoção de um novo modelo, voltado para a condição cidadã e humana. Pensamos em uma proposta de ação, que esta baseada no processo ensino aprendizagem, através da metodologia problematizadora e dos pressupostos da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire.

2 Objetivos: Desenvolver com a equipe de enfermagem de uma enfermaria de pacientes psiquiátricos crônicos, um processo reflexivo acerca do cuidado na perspectiva de alcançar a humanização da assistência, explorando a condição de trabalho e a educação, a partir dos referenciais teóricos metodológicos da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire.

3 Participantes: equipe de funcionários da enfermaria.

4 Coordenação: enfermeira **Eliani Costa**

5 Período: de 30 de outubro a 11 de dezembro de 2001 – Das 18:00 às 22:00 horas (durante seis terças feiras consecutivas).

6 Programação:

Dias	Programa
30/10/01	<p>PRIMEIRA OFICINA: Re-avaliando o trabalho para subsidiar o caminho</p> <p>Objetivo: Avaliação do trabalho realizado desde a primeira etapa do processo de humanização.</p> <p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Introdução da metodologia proposta, utilização de um quadro com a construção de um Arco e outros com as fotos do ambiente antes e depois das transformações. •Leitura do projeto da pratica assistencial.
06/11/01	<p>SEGUNDA OFICINA: Subsidiando o caminho para novas mudanças</p> <p>Objetivo: Identificação e validação da realidade, do problema, definição dos pontos chave e teorização a serem realizadas.</p> <p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Introdução do arco da problematização •Desenvolvimento da técnica de sensibilização: mudar é preciso •Reflexão e validação sobre a realidade a ser trabalhada, problema de pesquisa com a definição dos pontos-chave do problema. •Definição dos temas a serem teorizados
13/11/01	<p>TERCEIRA OFICINA: Conhecendo o passado, compreendendo o presente e transformar para o futuro.</p> <p>Objetivo: revisar os principais aspectos históricos da psiquiatria e da assistência ao portador de transtorno psíquico, refletir o passado e avaliar para o futuro.</p> <p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Desenvolvimento da técnica de sensibilização: Jogo do Zoológico •Teorização dos temas: A História da Psiquiatria no Mundo e no Brasil; A Psiquiatria em Santa Catarina; e A Reforma Psiquiátrica no Mundo e no Brasil. •Avaliação do processo.
20/11/01	<p>QUARTA OFICINA: Buscando caminhos para praticar a humanização.</p> <p>Objetivo: sensibilizar os participantes para a humanização do cuidado e promover um espaço para as reflexões sobre o cuidado e sua significação no universo da saúde mental e no ambiente institucional.</p> <p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Desenvolvimento da técnica de sensibilização: Conduzindo e cuidando •Teorização do tema: O cuidado: as diversas formas de cuidado e o cuidado de enfermagem ao portador de transtorno psíquico, utilizando textos reflexivos. •Construção do conceito de cuidado pelos participantes •Avaliação do processo .

27/11/01	<p>QUINTA OFICINA: Procurando conhecer e compreender o sujeito de nosso cuidado</p> <p>Objetivo: Refletir com os participantes sobre as diversas formas de cuidado e não cuidado, partindo de uma melhor compreensão do psiquismo humano.</p> <p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Desenvolvimento da técnica de sensibilização: Relembrando o passado •Teorização dos temas: Necessidades humanas básicas; Desenvolvimento e atributos da personalidade humana; Funções psíquicas e suas variações quantitativa e qualitativa e; Formas de manejo a abordagem frente aos diversos comportamentos apresentados pelos pacientes psiquiátricos, contemplando os conhecimento da prática com o conhecimento científico. •Avaliação do processo.
04/12/01	<p>SEXTA OFICINA: A valorização do ser humano no processo educativo como possibilidade de transformação</p> <p>Objetivo: Instrumentalizar os participantes para a importância do processo educativo na vida dos indivíduos e na capacidade imensurável de cada ser humano para viver e “ser mais”.</p> <p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Teorização dos temas: A valorização social do ser humano como pessoa e como profissional utilizando textos reflexivos de Paulo Freire, Moacir Gadotti, Leonardo Boff. •Desenvolvimento da técnica de sensibilização: Técnica do espelho •Avaliação e encerramento do processo

ANEXO C

LEI Nº 10.216 DE 16 DE ABRIL DE 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor da data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001: 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

ANEXO D – QUADRO COM O PERFIL DOS PARTICIPANTES

Categoria	Tempo de trabalho na instituição em anos	Tempo de trabalho na enfermagem em anos	Escolaridade (completo)	Nº de empregos	Sexo	Estado civil	Nº de filhos	Renda em salários mínimos	Depende de transporte para ir para o trabalho
1. TE 1	16	02	2º Grau	02	M	casado	02	8,3	não
2. TE 2	15	12	2º Grau	01	F	casada	03	4,0	não
3. TE 3	26	10	2º Grau	01	M	casado	02	6,6	sim
4. TE 4	28	4 meses	2º Grau	01	F	casada	03	6,6	sim
5. AE 1	22	22	2º Grau	01	M	casado	02	6,6	não
6. AE 2	33	12	2º Grau	02	M	casado	02	4,0	sim
7. AE 3	10	02	2º Grau	01	F	casada	03	6,6	não
8. AE 4	12	06	1º Grau	01	F	solteira	01	4,0	não
9. AE 5	12	06	2º Grau	01	F	casada	02	6,6	não
10. AE 6	15	10	2º Grau	01	M	solteiro	-	4,0	sim
11. AT 1	26	03	2º Grau	02	M	casado	01	3,0	não
12. AT 2	24	03	1º Grau	01	F	casada	-	6,6	não
13. AT 3	24	12	2º Grau	01	M	divorciado	03	4,4	sim
14. AT 4	31	03	1º Grau	01	F	casada	04	4,4	não
15. S 1	01	Não trabalha	1º Grau	01	F	casada	-	01	sim
16. E 1	22	02	3º grau	02	F	casada	01	18	sim

Secretaria de Estado da Saúde




Diretoria de Desenvolvimento e Administração de Recursos Humanos
Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde

CERTIFICADO

Certificamos que **ELIANE COSTA**
participou como **MINISTRANTE** da(a) **OFICINA DE CONSTRUÇÃO**
TERAPÊUTICA DA 9ª ENFERMARIA MASCULINA DO IPQ
com duração de **22,5** horas, realizado em **SÃO JOSÉ**
no período de **01 a 29 DE AGOSTO DE 2.000.**

Florianópolis, 12 de SETEMBRO de 2.000.


Fábio Murilo Botelho, Diretor
Diretor de Recursos Humanos / SES


IPQ - INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
DO EST. DE SANTA CATARINA
Nele Laudici Marques
T.A.A. - Matr 256.470-4/01
Área de Recursos Humanos - IPQ

Anexo F

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Este estudo se propõe a desenvolver, na equipe de tratamento da enfermaria de um macro Hospital Psiquiátrico, um processo reflexivo acerca do cuidado, na perspectiva de alcançar a humanização da assistência de enfermagem melhorando a qualidade do cuidado prestado ao ser humano. A metodologia utilizada visa explorar a condição de trabalho e a educação, a partir dos referenciais teóricos metodológicos da Pedagogia Problematizadora de Paulo Freire, buscando aprofundar o conhecimento e contribuir para a organização do trabalho. Os procedimentos do estudo requerem a sua participação em seis oficinas (reuniões) a serem marcadas não envolvendo qualquer risco de identificação dos participantes do estudo ou de prejuízo de suas atividades, ficando assegurado seu direito de recusa em participar da mesma.

A pesquisadora espera com o estudo poder contribuir para o desenvolvimento de ações futuras que melhorariam a assistência prestada.

Eu, _____, tenho conhecimento dos objetivos e propósitos do estudo **“Problematizando Para Humanizar: Uma Proposta de Transformação do Cuidado em uma Enfermaria de Pacientes Crônicos de um Macro Hospital Psiquiátrico”**, e fui informado de forma detalhada sobre o sigilo e confidencialidade das informações que prestar, assim como fui assegurado da impossibilidade de que qualquer informação possa ter repercussão em minha atividade profissional.

Estando ciente destas orientações, estou de acordo em participar voluntariamente do estudo proposto, participando das oficinas que serão programadas e coordenadas pela pesquisadora Enfermeira Eliani Costa, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, em Florianópolis.
