



**ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA PRESTADA POR TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**  
**PSYCHIATRIC CARE PROVIDED BY NURSING TECHNICIANS**  
**ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA PRESTADA POR TÉCNICOS DE ENFERMERÍA**

Aldo Matos<sup>1</sup>, Marciana Fernandes Moll<sup>2</sup>, Mariana Oliveira Souto<sup>3</sup>, Moisés Augusto de Paiva Neves<sup>4</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** investigar as práticas assistenciais dos técnicos de Enfermagem às pessoas com transtornos mentais. **Método:** estudo qualitativo, descritivo, com produção de dados por meio da observação participante dos cuidados prestados por 12 técnicos de Enfermagem. As observações foram registradas em um diário de campo e submetidas à técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Temática. **Resultados:** destacou-se a medicalização do cuidado e as intervenções não medicamentosas centraram-se na higienização, alimentação e sono. Nesse sentido, esses profissionais transferiram ao familiar/acompanhante parte de suas responsabilidades como a observação do paciente, a oferta das refeições, a condução para o banho, a organização do leito e o acompanhamento para a realização dos exames. A conduta mais empática ocorria na alta hospitalar quando se dialogava e organizava os pertences do paciente e do acompanhante para conduzi-los à portaria. **Conclusão:** o tema é relevante e os resultados sinalizam a importância da qualificação dos técnicos de Enfermagem para cuidarem de pessoas com transtornos mentais. Faz-se necessário que esses profissionais integrem habilidades relacionais às habilidades técnicas, o que corresponde à principal implicação prática dos resultados desta investigação. **Descritores:** Enfermagem; Psiquiatria; Hospitalização; Assistência; Hospitais gerais; Medicalização.

**ABSTRACT**

**Objective:** to investigate nursing care practices of people with mental disorders. **Method:** qualitative, descriptive study, with data production through participant observation of the care provided by 12 Nursing technicians. The observations were recorded in a field diary and submitted to the Content Analysis technique, in the Thematic Analysis modality. **Results:** the medicalization of care was emphasized and non-medication interventions focused on hygiene, feeding and sleep. In this sense, these professionals transferred to the family member / companion part of their responsibilities such as patient observation, meal offerings, bathing, bed organization and follow-up for the examinations. The most empathic behavior occurred at hospital discharge when the patient and the companion's belongings were discussed and organized to lead them to the door. **Conclusion:** the theme is relevant and the results indicate the importance of the qualification of Nursing technicians to care for people with mental disorders. It is necessary that these professionals integrate skills related to technical skills, which corresponds to the main practical implication of the results of this research. **Descriptors:** Nursing; Psychiatry; Hospitalization; Assistance; Hospitals, General; Medicalization.

**RESUMEN**

**Objetivo:** investigar las prácticas asistenciales de los técnicos de Enfermería a las personas con trastornos mentales. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo, con producción de datos por medio de la observación participante de los cuidados prestados por 12 técnicos de Enfermería. Las observaciones fueron registradas en un diario de campo y sometidas a la técnica de Análisis de Contenido, en la modalidad Análisis Temático. **Resultados:** se destacó la medicalización del cuidado y las intervenciones no medicamentosas se centraron en la higienización, alimentación y sueño. En este sentido, estos profesionales transfirieron al familiar / acompañante parte de sus responsabilidades, como la observación del paciente, la oferta de las comidas, la conducción para el baño, la organización del lecho y el acompañamiento para la realización de los exámenes. La conducta más empática ocurría en el alta hospitalaria, cuando se dialogaba y organizaban las pertenencias del paciente y del acompañante para conducirlos a la portería. **Conclusión:** el tema es relevante y los resultados señalan la importancia de la calificación de los técnicos de Enfermería para cuidar de personas con trastornos mentales. Se hace necesario que estos profesionales integren habilidades relacionales a las habilidades técnicas, lo que corresponde a la principal implicación práctica de los resultados de esa investigación. **Descritores:** Enfermería; Psiquiatria; Hospitalización; Asistencia; Hospitales Generales; Medicalización.

<sup>1</sup>Mestre, Universidade de Uberaba/UNIUBE. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: [aldo.matos@uniube.br](mailto:aldo.matos@uniube.br) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8924-5116>; <sup>2</sup>Doutora, Universidade de Uberaba/UNIUBE. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: [mrcna13@yahoo.com.br](mailto:mrcna13@yahoo.com.br) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4794-4255>; <sup>3,4</sup>Acadêmicos de Enfermagem, Universidade de Uberaba/UNIUBE. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: [mariana.souto@hotmail.com](mailto:mariana.souto@hotmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9019-5021>; E-mail: [moises\\_augusto22@yahoo.com.br](mailto:moises_augusto22@yahoo.com.br) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-3300-3078>

## INTRODUÇÃO

A loucura nunca passou despercebida ao longo da história da humanidade, mas nem sempre despertou medo, repulsa ou pena. Na Grécia Antiga, os loucos eram considerados agraciados, pois se acreditava que, em seus delírios, tinham a capacidade de se comunicar com os deuses. Uma complexa construção histórico-cultural mudou seu *locus* e a estigmatizou.

Ao final do século XVIII, encontra-se o referencial histórico da patologização da loucura, que passou a ser caracterizada e estudada sob a ótica da ciência. Uma vez caracterizada como patologia, a loucura passou a ser responsabilidade do Estado.<sup>1</sup> No entanto, no cenário em que imperava o pensamento cartesiano, a loucura era percebida como um processo de “desrazão” e, então, não havia lugar para os loucos na sociedade racional. Longe de promover o entendimento das doenças mentais, essa percepção racionalista e cartesiana arrastou os loucos para o movimento da Grande Internação, advindo dos séculos XVI e XVII, quando os hospitais gerais tinham a função de albergar os pobres e desempregados. Inicia-se, então, o século XIX com um hospital geral destinado a abrigar os pobres e os loucos. Mais tarde, ainda seguindo a lógica cartesiana da separação entre corpo e mente, as doenças do corpo permaneceram no espaço médico-biológico-científico do hospital geral e os loucos foram destinados aos manicômios.

No Brasil, o primeiro provimento normativo sobre a doença mental foi o decreto 1.132/1903 que tinha com objetivos unificar a política assistencial aos alienados e estimular a construção de hospitais especializados nos estados-membros.<sup>2</sup>

Desde a idade moderna, os pacientes com doenças mentais são estigmatizados em diferentes países e permanecem à margem tanto da sociedade, quanto dos próprios serviços de saúde. A palavra que melhor representa a doença mental é estigma.

*[...] o estigma envolve não tanto um conjunto de indivíduos concretos que podem ser divididos em duas pilhas, a de estigmatizados e a de normais, quanto um processo social de dois papéis no qual cada indivíduo participa de ambos, pelo menos em algumas conexões e em algumas fases da vida. O normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro.*<sup>3</sup>

No sentido contrário, de despir a doença mental de um caráter estigmatizante e permitir que a pessoa com transtorno mental (re) encontre seu lugar na sociedade, convergiram-se ações que geraram o movimento da Reforma Psiquiátrica no seio de outro movimento maior - a Reforma Sanitária.

Nascido no meio acadêmico, na segunda metade da década de 1970, em pleno regime militar, o movimento da Reforma Sanitária buscava garantir a oferta de serviços de saúde com qualidade, a todos os cidadãos brasileiros, por meio da construção de um serviço de saúde eficiente e democrático, que se oficializou com a Constituição de 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>4</sup> Para tanto, é imprescindível rever a organização dos serviços de saúde e implementar novas práticas assistenciais e por isso, neste mesmo período, a assistência em psiquiatria foi alvo da Reforma Psiquiátrica que abraçou a luta antimanicomial. Em Belo Horizonte, no ano de 1979, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria propôs alternativas na assistência em psiquiatria.<sup>5</sup>

Desde então, novos serviços estão sendo estruturados para assegurar a continuidade do cuidado e promover a cidadania da pessoa com transtorno mental. Diante desse novo enfoque, uma nova rede de assistência está sendo proposta e estabelece novas alianças sociais e projetos coletivos de vida por meio da comunicação direta entre as pessoas como uma prática essencial.<sup>6</sup>

Entretanto, este processo não rompeu definitivamente com a estigmatização das pessoas com transtorno mental, uma vez que a internação no hospital psiquiátrico reforça o estigma tanto na sociedade, quanto nos serviços e profissionais de saúde. Em resposta a essa questão, o Ministério da Saúde publicou a Portaria N.º 148, de 31 de janeiro de 2012, que cria um Serviço Hospitalar de Referência como um ponto de atenção do componente da Rede de Atenção Psicossocial,<sup>7</sup> para garantir as condições mínimas de atendimento, como a oferta de leito e atenção por equipe multiprofissional e, por conseguinte, amenizar o estigma imposto às pessoas que se internam em hospitais psiquiátricos.

Essa questão situa-se na dimensão técnico-assistencial da Reforma Psiquiátrica na qual devem ser considerados não apenas os novos modelos assistenciais, a constituição de redes territoriais em saúde, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, mas, também, o novo papel dos técnicos - todos os profissionais da área de saúde graduados ou com formação de nível médio.<sup>8</sup> Esse ponto, no fim da cadeia de atenção ou de intenções no cuidado à pessoa

internada, é crucial quando se considera que o estigma é estabelecido no seio da construção da identidade social. Um novo papel requer ressignificar para si mesmo sua prática. Um elemento que evidencia a internalização dessa nova proposta de atenção é a relação entre o cuidador e a pessoa com transtorno mental que se estabelece na comunicação durante as ações cuidativas. O papel da relação terapêutica na recuperação da pessoa em tratamento psiquiátrico requer uma abordagem humanista e que o cuidador não se guie apenas por rótulos diagnósticos e permita a aproximação com o paciente.<sup>9</sup>

Ao considerar essa realidade, percebe-se que os cuidados de Enfermagem oferecidos às pessoas internadas em leitos/enfermarias psiquiátricos de hospitais gerais precisam ser investigados. Dentre os sentimentos dos profissionais de Enfermagem diante de pessoas com transtornos mentais predominam o medo, a frustração e a impotência,<sup>10</sup> o que advém do estigma histórico colocado sobre este sujeito, de ser alguém imprevisível e de difícil socialização, e se situa na clínica médica de um hospital geral.<sup>11</sup>

## OBJETIVO

- Investigar as práticas assistenciais dos técnicos de Enfermagem às pessoas com transtornos mentais.

## MÉTODO

Estudo qualitativo e descritivo desenvolvido em uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais com aproximadamente 300 mil habitantes. O cenário desta investigação é classificado como um hospital geral de média e alta complexidade prestando atendimento à macrorregião do Triângulo Sul que dispõe, desde 2014, de seis leitos psiquiátricos divididos igualmente para pessoas dos gêneros feminino e masculino que se localizam na clínica médica.

O estudo foi realizado mediante observação participante que totalizou 107 horas, entre os meses de março a agosto de 2016, registrando-se as observações em um diário de campo. Nesse período de observação, enfatizaram-se os cuidados oferecidos pelos técnicos de Enfermagem às pessoas que estavam hospitalizadas nos leitos psiquiátricos.

Participaram do estudo doze dos quinze técnicos de Enfermagem e os critérios de inclusão foram: trabalhar na clínica médica do hospital; prestar cuidados às pessoas com transtornos mentais que estavam internadas nos leitos psiquiátricos e aceitar participar do

estudo. Esses profissionais foram identificados nas descrições pelas letras TE (técnico de Enfermagem) com números sequenciais. Para tanto, foram respeitados os procedimentos éticos e iniciou-se a observação participante com o respaldo do parecer 447.029 emitido após a análise do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade de Uberaba. Também cumprindo as determinações éticas, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos responsáveis pelas pessoas hospitalizadas nos leitos psiquiátricos e solicitou-se a assinatura do assentimento por essas pessoas.

Os dados registrados no diário de campo foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Temática, quando foram identificados os conteúdos que convergiram para significados semelhantes e agrupados em unidades temáticas.<sup>12</sup>

## RESULTADOS

Todos os técnicos de Enfermagem que atuavam na clínica médica com leitos psiquiátricos foram convidados a participar desta investigação totalizando 15 profissionais. Destes, 12 aceitaram participar: 11 (91,66%) mulheres sendo dez (83,33%) casados e um (8,33%) solteiro.

Durante a coleta de dados, em diferentes turnos, foram observados atendimentos realizados por seis técnicos de Enfermagem. Das observações, emanaram duas unidades de sentido: a medicalização do cuidado e os cuidados não medicamentosos.

### ◆ Medicalização do cuidado

A rotina instituída nos serviços hospitalares quanto à administração de medicamentos é seguida pela equipe de técnicos de Enfermagem do hospital que constituiu cenário deste estudo e esta enfatiza a averiguação das seguintes informações na prescrição médica: via, dose, horário, nome do medicamento, forma farmacêutica e registro. Além dessa análise, os profissionais devem realizar orientações à própria pessoa hospitalizada e aos seus familiares/acompanhantes sobre os nomes e os objetivos dos medicamentos que estão sendo administrados, o que não ocorre durante a administração de medicamentos para as pessoas internadas por intercorrências psiquiátricas ou necessidades decorrentes do uso de drogas.

Diante de questionamentos, as respostas tendiam a ser evasivas e com poucas informações, tal como exposto a seguir:

*A senhora irá tomar essas medicações que o médico prescreveu igual a senhora toma em*

*casa. (T3)*

De maneira geral, essa comunicação dos técnicos de Enfermagem era rápida e pouco informativa. Entretanto, uma técnica de Enfermagem comunicou a um senhor hospitalizado que se apresentou inseguro e ansioso no momento de receber a sua medicação o seguinte:

*A medicação serve para não ficar ansioso, para deixar a cabeça menos confusa e para ter um dia calmo e sem medo. (T5)*

Essa informação fez com que o referido senhor aceitasse a medicação sem dificuldades e expressasse mais confiança na profissional. Essa profissional sempre demonstrou paciência em responder aos questionamentos feitos sobre a medicação, o que parecia proporcionar um ambiente acolhedor tanto para a própria pessoa hospitalizada, quanto para o seu acompanhante/familiar.

Destaca-se que uma das normas deste serviço é a presença contínua de um acompanhante/ familiar junto às pessoas internadas nos leitos psiquiátricos para promover uma maior segurança ao próprio paciente e, também, para proporcionar um cuidado mais qualificado. No entanto, a presença deste acompanhante/familiar não pode excluir o monitoramento dos técnicos de Enfermagem para assegurar o cuidado, a segurança e o levantamento de necessidades do paciente.

Nesse sentido, evidenciou-se que eram os acompanhantes/familiares que informavam, aos técnicos, sobre as situações de agitação. A partir dessa informação, o profissional já preparava a medicação - que, para os momentos de crise, era sempre a mesma - e a administrava sem solicitar ao enfermeiro responsável pelo plantão ou ao médico plantonista a avaliação do paciente. Diante dessa realidade, evidenciou-se que as práticas dos técnicos de Enfermagem eram pontuais (centradas nos horários de medicação) e os preditores de crise não eram evidenciados por esses profissionais que, ao serem informados sobre os mesmos, buscavam apenas minimizá-los para se manter a rotina do plantão.

Frente ao exposto, percebe-se que os técnicos de Enfermagem executam, prioritariamente, a administração dos medicamentos prescritos e não cumprem todas as atribuições inerentes a esta prática, e o monitoramento das pessoas hospitalizadas ficava a cargo dos acompanhantes/familiares. Ambas as situações não garantem um atendimento integral das necessidades do paciente, pois os acompanhantes/familiares não possuem conhecimentos técnicos

somando-se, a isso, o seu envolvimento emocional com a pessoa internada. Os vínculos afetivos/ familiares podem refletir de maneira positiva ou negativa uma vez que, nas situações de crises anteriores, pode ter ocorrido agressão ou hostilidade. Contudo, as pessoas hospitalizadas necessitam de cuidados de outra natureza para suprir suas necessidades em prol da recuperação e, por isso, na temática que se segue, são abordados os cuidados não medicamentosos.

#### ◆ Cuidados não medicamentosos

Os cuidados não medicamentosos restringiam-se a atender às necessidades básicas de higiene, alimentação e sono, bem como encaminhar para exames complementares nas dependências do próprio hospital e acompanhar o paciente e seu acompanhante/familiar até à portaria no momento da alta hospitalar.

Entre os cuidados de higiene, priorizavam-se a higiene corporal e a manutenção do leito limpo e organizado. Mas, para exercer esse cuidado, cinco técnicos de Enfermagem entregavam as roupas limpas para o acompanhante/familiar, que era responsabilizado pelo banho do paciente, o que ocorria sem a supervisão profissional. Quanto à limpeza e organização do leito, evidenciou-se que o próprio familiar ou a pessoa internada tendia a realizar esse procedimento, uma vez que o técnico de Enfermagem deixava as roupas de cama juntamente com as roupas limpas a serem utilizadas após o banho e retornava apenas ao final do plantão ou quando acionado pela família.

Nos cuidados referentes à alimentação, cinco técnicos centravam-nos na investigação quanto à aceitação das dietas pelo paciente. Na maioria das vezes, as refeições eram entregues nas enfermarias nos horários estipulados pela instituição e a oferta da dieta ou a supervisão da ingesta era realizada pelo familiar/accompanhante. Especificamente, uma das técnicas de Enfermagem atentava para oferecer a dieta para aquelas pessoas internadas que apresentavam dificuldades para se alimentar sozinhas em situações em que os acompanhantes se ausentavam. Durante essa oferta, buscava interagir com os pacientes questionando a qualidade da comida e conversando sobre outros assuntos que o próprio paciente desejava, o que parecia proporcionar tranquilidade para a pessoa internada.

O cuidado referente ao sono expressava-se pelo levantamento de queixas de insônia, o que acontecia somente em alguns plantões,

uma vez que, entre os medicamentos do período noturno, sempre estavam presentes medicações que induziam o sono.

O encaminhamento para exames complementares - sobretudo exames de imagem - ocorria por meio de informações referentes ao local onde o exame aconteceria e o paciente era acompanhado pela família. Nos casos em que a família se ausentava, esse profissional o conduzia até o setor onde o exame seria realizado e o deixava aguardando até que o responsável pela realização do exame o chamasse. Essa situação pode ser ilustrada pelo relato que se segue:

*O paciente foi informado pela técnica em Enfermagem que ele deveria realizar um exame e que logo iria buscá-lo. As 13h45, a profissional chega ao quarto e acompanha o paciente até o setor de exame. Ele foi deixado no setor sendo solicitado que somente esperasse sentado que alguém iria chamá-lo em breve. Após cansar de esperar e sem ter nenhum profissional do setor de origem ou do setor local por perto, o paciente levanta ansioso para retornar para a enfermaria alegando que não é chamado para a realização do exame. Um profissional do setor observa a reação do paciente e informa que ele é o próximo para entrar e fazer o exame. Após o término, cerca de 50 minutos sem qualquer acompanhamento, o paciente retorna sozinho para o quarto sendo ele mesmo que vai até o posto de Enfermagem para informar que retornou do exame.<sup>13</sup>*

Diante de situações de resistência da pessoa internada para a realização de exames, o técnico de Enfermagem acionava o médico que visitava o paciente para conversar e convencê-lo sobre o objetivo e a necessidade de fazer o exame. Após esse diálogo, era comum a aceitação do exame e a pessoa era conduzida para o setor onde ele seria realizado.

Por fim, a participação dos técnicos de Enfermagem na alta hospitalar foi expressiva, pois, nesse momento, este profissional buscava dialogar e contribuir na organização dos pertences do paciente e de seu acompanhante e os conduzir até à portaria.

Percebe-se, também, entre os cuidados não medicamentosos, que apenas uma técnica de Enfermagem buscava estabelecer uma comunicação terapêutica com esses sujeitos e os demais técnicos de Enfermagem não valorizavam as necessidades advindas do transtorno mental e realizavam intervenções idênticas àquelas oferecidas às pessoas internadas por intercorrências clínicas (higienização, alimentação, sono, exames).

## DISCUSSÃO

Um primeiro olhar para os achados aponta para um distanciamento entre o desejo dos técnicos de Enfermagem que atuam no cenário desta investigação e a realidade. Pode-se analisar essa questão sob dois aspectos: aqueles de natureza legal-organizacional e os relacionados à prática do cuidado pelos técnicos.

Do ponto de vista legal-organizacional, encontra-se uma base legal na Portaria 148, de 31 de janeiro de 2012,<sup>7</sup> que destina leitos em hospital para pessoas com transtorno mental e o incentivo financeiro para a sua implementação. No entanto, para que o hospital geral se integre, de fato, na rede de atenção psicossocial, deve priorizar a multidimensionalidade do ser humano como foco dos cuidados.<sup>14</sup> A questão organizacional, portanto, vai além da criação de leitos de saúde mental, pois exige que os gestores, os profissionais e os cuidadores conheçam e valorizem a proposta de atenção psicossocial.

Nesse sentido, é importante abordar a relevância de se transpor o modelo focado na doença e na medicalização do cuidado, que refletem do estigma da loucura, mesmo estando em um hospital geral. Partindo dessa premissa é que os achados desta investigação foram analisados.

Ao se analisarem os cuidados medicamentosos prestados pelos técnicos de Enfermagem, evidenciou-se a ausência de comunicação terapêutica que gerou um distanciamento entre o profissional e a pessoa assistida, o que é demonstrado pelas respostas evasivas quando porventura, ao receber a medicação, a pessoa questionava ao profissional para que servia a medicação. Estes achados também ocorreram em estudo que evidenciou que o cuidado é técnico e sem especificidade para as necessidades de saúde mental.<sup>8</sup>

Ainda se destacou a realização de ações pontuais pelos técnicos observados, o que se restringia à administração dos medicamentos, em horários estabelecidos pela instituição, e à transferência para o acompanhante/familiar da responsabilidade de observar a evolução da pessoa internada. Essa realidade pode estar relacionada à ideologia organizacional que institui, aos profissionais, a função de controlar a instabilidade orgânica ou psíquica (dependendo do motivo da internação) por meio da medicalização e da atenção às necessidades básicas de alimentação, higiene e sono.

Essa realidade também pode estar

relacionada aos sentimentos de medo e insegurança ou à falta de capacitação dos técnicos de Enfermagem frente aos cuidados a serem oferecidos especificamente às pessoas com transtornos mentais internadas no hospital geral.<sup>15-6</sup>

No entanto, chama a atenção, entre as observações, a postura de uma técnica de Enfermagem que procurou sanar as dúvidas do paciente de forma que ele entendesse e conseguiu, assim, estabelecer uma relação de confiança por parte da pessoa internada, que aceitou melhor o tratamento medicamentoso. Nesse contexto, o estudo refere que, no âmbito da Enfermagem psiquiátrica, o cuidado deve transcender os aspectos técnicos e alcançar as necessidades psicológicas e emocionais.<sup>17</sup>

Quanto aos cuidados não medicamentosos, reproduziu-se o comportamento percebido em relação à medicalização do cuidado, isto é, a falta da comunicação terapêutica e a responsabilização do acompanhante/familiar por atividades que caberiam aos técnicos.

A transferência de responsabilidades para o acompanhante foi evidenciada nas situações dos banhos, da organização do leito e da oferta da dieta. Nesse sentido, percebeu-se que as orientações sobre o banho, quando aconteciam, direcionavam-se ao acompanhante em vez da própria pessoa hospitalizada, o que pode ser interpretado como uma atitude do técnico em esquivar-se de interagir com essa pessoa. Nesse sentido, ressalta-se que é realmente responsabilidade da Enfermagem a alimentação, a higiene, a administração de medicamentos, a aferição de sinais vitais, repouso, cuidados quanto a possíveis riscos e quaisquer outros procedimentos clínicos necessários para o bem-estar humano.<sup>18</sup> Assim, essas intervenções deveriam ser realizadas ou acompanhadas pelos técnicos de Enfermagem, a depender da condição da pessoa hospitalizada, e não serem transferidas para o acompanhante/familiar.

Novamente, a mesma técnica de Enfermagem, que procurou sanar as dúvidas sobre a medicação administrada, se destacou ao oferecer ajuda às pessoas internadas por intercorrências psíquicas que apresentavam dificuldades para se alimentar sozinhas. Durante esse procedimento, ela aproveitava para estabelecer uma interação empática e isso parecia tranquilizar essas pessoas. Estudos recomendam que a equipe de Enfermagem deve promover ambiente acolhedor, construído por meio de uma relação de confiança entre equipe, pessoa hospitalizada e família,<sup>19</sup> o que parece estar

sendo valorizado por essa profissional. Entretanto, aponta-se que essa não é uma conduta frequente e, para inseri-la na formação da Enfermagem, é importante que a grade curricular dos cursos técnicos e de graduação em Enfermagem valorizem a comunicação terapêutica de maneira transversal para preparar profissionais aptos para a utilização dessa “tecnologia” de cuidado.<sup>20</sup>

A avaliação dos cuidados referentes ao sono ficou comprometida pela prescrição constante de hipnóticos. Ainda assim, em alguns plantões, foram observados técnicos levantando queixas sobre insônia, porém, sem nenhuma atenção especial às necessidades do paciente em sofrimento mental, sugerindo apenas o cumprimento da rotina ou, talvez, o levantamento de dados que permitam ao psiquiatra avaliar a adequação do hipnótico e da respectiva dosagem prescrita.

Ainda que uma técnica de Enfermagem tenha assumido uma atitude empática com as pessoas internadas, esses achados constroem uma imagem de atenção insuficiente à pessoa com transtorno mental internada em hospital geral. A despeito das causas específicas no Brasil, esses resultados assemelham-se àqueles de investigações conduzidas no Reino Unido e nos Estados Unidos da América que apontam que a assistência a pacientes com comorbidades psiquiátricas é pior que a prestada às pessoas que não têm transtornos mentais.<sup>21</sup>

De maneira geral, ao se refletir sobre os cuidados prestados pelos técnicos de Enfermagem às pessoas internadas nos leitos psiquiátricos de um hospital geral, evidenciam-se, de um lado, a medicalização do cuidado e, de outro, um distanciamento, revelados pela pouca observação dessas pessoas pacientes associada à transferência de responsabilidades para o acompanhante/familiar.

A medicalização do cuidado revela uma dificuldade para enxergar necessidades de natureza multidimensional do ser humano, que é condição mínima para a prática do modelo psicossocial.<sup>14</sup> E o distanciamento e a falta de observação impossibilitam, ao técnico de Enfermagem, perceber elementos da comunicação não verbal que interferem na assistência e na humanização dos atendimentos em psiquiatria.<sup>22</sup> Acrescenta-se que cuidar sem valorizar todas as necessidades da pessoa com transtorno mental aumenta o risco de rehospitalização.<sup>23</sup>

Embora, ao longo das internações observadas, os técnicos, em geral, não tenham atendido às necessidades de natureza

psicossocial das pessoas que estiveram internadas por intercorrências psiquiátricas, no momento da alta hospitalar todos os participantes se comunicavam com essas pessoas e desempenhavam suas atribuições, o que fez surgir o seguinte questionamento: existiria um receio de cuidar nos momentos de crise ou seria um alívio para aqueles que não se sentiam preparados para o cuidar dessas pessoas? Estudos recentes encontraram que a falta de preparo dos profissionais de Enfermagem é reconhecida por estes e também configura um fator de insegurança ao assistirem as pessoas com transtornos mentais internadas no hospital geral.<sup>16</sup> Soma-se a isso o fato de essas pessoas serem vistas como diferentes das demais que se internam por intercorrências clínicas e, ainda, o transtorno mental suscita sentimentos negativos.<sup>16</sup>

Dessa maneira, os achados deixaram patente que a assistência à pessoa com transtorno mental internada na clínica médica, prestada pelos técnicos de Enfermagem de um hospital geral, não prioriza as propostas do novo modelo de assistência à saúde mental que destaca o atendimento às necessidades multidimensionais da pessoa com transtorno mental.

## CONCLUSÃO

Evidenciou-se que a temática é relevante, uma vez que é pouco explorada no meio científico e a assistência prestada pelos técnicos de Enfermagem restringia-se à administração dos medicamentos, conforme os horários e as doses prescritas, e às necessidades básicas de higiene, alimentação e sono.

Nesse sentido, existem implicações práticas que precisam ser valorizadas para qualificar os técnicos de Enfermagem para uma assistência digna das quais se destacam: a realização de intervenções educativas que abordem a cidadania da pessoa com transtorno mental assegurada pelo direito à igualdade; a implantação de encontros/reuniões interdisciplinares para a discussão de casos clínicos e elaboração de um plano terapêutico individualizado no qual o técnico de Enfermagem possa implementar cuidados centrados nas necessidades psíquicas e valorizar a integração de habilidades relacionais às habilidades técnicas.

## REFERÊNCIAS

1. Foucault M. História da loucura. São Paulo: Perspectiva; 1978.
2. Senado Federal (BR), Secretaria Geral da Mesa, Secretaria de Informação Legislativa. Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados [Internet]. Brasília: Senado Federal; 1903 [cited 2017 July 16]. Available from: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoSigen.action?norma=595867&id=14441371&idBinario=15779915&mime=application/rtf>
3. Goffman E. Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
4. Paiva CHA, Teixeira LA. Health reform and the creation of the Sistema Único de Saúde: notes on contexts and authors. Hist Ciênc Saúde- Manguinhos. 2014 Jan/Mar;21(1):15-35. Doi: 10.1590/S0104-59702014000100002
5. Goulart MSB. The mental health policy in Minas Gerais: towards consolidation. Gerais, Rev Interinst Psicol [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Feb 18];8(spe):194-213. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8nspe/04.pdf>
6. Oliveira FB, Fortunato ML. Mental health: rebuilding the knowledge in nursing. Rev Bras Enferm. 2014 Jan/Feb;56(1):67-70. Doi: 10.1590/S0034-71672003000100014
7. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2017 June 18]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148\\_31\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html)
8. Ferreira TP, Sampaio J, Souza ACN, Oliveira DL, Gomes LB. Care production in Mental Health: the challenges beyond institutional walls. Interface comun, saúde, educ. 2017;21(61):373-84. Doi: 10.1590/1807-57622016.0139.
9. Oliveira RM, Furegato ARF. Assistance relation with psychiatric patient: beyond the medical paradigm. SMAD. Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog [Internet]. 2012 Mar/Aug [cited 2017 May 21];8(2):87-93. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v8n2/06.pdf>
10. Lima DU, Garcia APRF, Toledo VP. Understanding the nursing team in the

Matos A, Moll MF, Souto MO et al.

Assistência psiquiátrica prestada por técnicos...

assistance to the schizophrenic patient. *Rev Rene* [Internet] 2013 [cited 2017 Feb 24];14(3):503-11. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/831/pdf>

11. Oliveira LRM, Carvalho CD, Carvalho CMS, Silva Júnior FJG. The teaching of mental health nursing: a literature review. *R Interd* [Internet] 2013 [cited 2017 Feb 24];6(2):152-9. Available from: [http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/60/pdf\\_33](http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/60/pdf_33)

12. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Resin Psychol.* [Internet]. 2006 [cited 2017 June 21];3(2):77-101. Available from: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735/>

13. Universidade de Uberaba. Curso de Enfermagem. Caderno de Campo. Uberaba: UNIUBE; 2016.

14. Paes MR, Silva TL, Chaves MMN, Maftum MA. The general hospital role in the network of attention to the mental health in Brazil. *Ciênc Cuid Saúde.* 2013 Apr/June;12(2):407-12. Doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v12i2.14207

15. Pini JS, Waidman MAP. Factors affecting the interventions of the Family Health Strategy team towards individuals with mental disorders. *Rev esc enferm USP.* 2012 Apr;46(2):372-9. Doi: 10.1590/S0080-62342012000200015.

16. Moll MF, Silva LD, Magalhães FHL, Ventura CAA. Nursing professionals and psychiatric admission in general hospital: perceptions and professional training. *Cogitare Enferm.* 2017;22(2):e49933. Doi: [10.5380/ce.v22i2.49933](https://doi.org/10.5380/ce.v22i2.49933)

17. Dorigan GH, Guirardello EB. Translation and cross-cultural adaptation of the Newcastle Satisfaction With Nursing Scales into the Brazilian culture. *Rev Esc Enferm.* 2013 June;47(3):562-8. Doi: 10.1590/S0080-623420130000300006.

18. Cardoso LS, Santos DF, Ribeiro JP, Silva PA, Mota MS. Nursing care in a psychosocial care center. *Vitalle Rev Ciênc Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 18];27(1):41-9. Available from: <https://www.seer.furg.br/vitalle/article/view/6085/3863>

19. Bessa JB, Waidman MAP. Family of people with a mental disorder and needs in psychiatric care. *Texto contexto-enferm.* 2013 Jan/Mar;22(1):61-70. Doi: 10.1590/S0104-07072013000100008

20. Martin CT, Chanda N. Mental health clinical simulation: therapeutic communication. *Clin Simul Nurs.* 2016

June;12(6):209-14.

Doi:

10.1016/j.ecns.2016.02.007

21. Bradsha LE, Goldberg SE, Lewis SA, Whittamore K, Gladman JRF, Jones RG, et al. Six-month outcomes following an emergency hospital admission for older adults with comorbid mental health problems indicate complexity of care needs. *Age Ageing.* 2013 Sept;42(5):582-8. Doi: 10.1093/ageing/aft074

22. Oliveira RMP, Alves M, Porto IS, Calvacanti PCS. The psychiatric nursing clinic and its new care technologies. *Rev pesqui cuid fundam (Online).* 2016;8(1):3922-34. Doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3922-3934

23. Pfiffner C, Steinert T, Kilian R, Becker T, Frasch K, Eschweiler G, et al. Rehospitalization risk of former voluntary and involuntary patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014 Nov;49(11):1719-27. Doi: 10.1007/s00127-014-0892-2

Submissão: 20/08/2017

Aceito: 14/01/2018

Publicado: 01/03/2018

**Correspondência**

Marciana Fernandes Moll

Av. Nenê Sabino, 1801

Bairro Universitário

CEP: 38055-500 – Uberaba (MG), Brasil