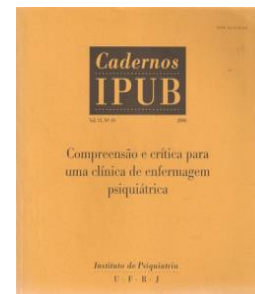


CUIDANDO DE QUEM CUIDA: UMA EXPERIÊNCIA DE SUPERVISÃO EM ENFERMAGEM

Ana Cristina C. Figueiredo¹
Cristina M. Loyola Miranda²
Marcus André Vieira³



[Clique aqui para ampliar](#)

Resumo: “O grupo de enfermeiras reúne-se para discutir os casos de pacientes considerados de difícil manejo, elaborando uma escuta orientada pela psicanálise em direção à fala do paciente. Há uma estratégia explícita de mudar o olhar da enfermeira sobre o doente mental, na medida em que é o sujeito que se apresenta através de sua fala e não mais um conceito diagnóstico. Estes encontros semanais se caracterizam também como um grupo de discussão sobre o trabalho da enfermeira psiquiatra e sobre seu ofício” (com Ana Cristina Figueiredo e Cristina Loyola).

Palavras-Chave: psicanálise, medicina, enfermagem, supervisão.

Introdução – da angústia e dos rituais

O hospital psiquiátrico é um continente ficcional, onde a hierarquia e a dureza das relações, dos papéis e da disciplina, **pré-existem**, e independem do tipo de psiquiatria que ali se quer realizar. Esta existência prévia e independente inviabiliza, porque prescinde, de qualquer acolhimento e serve de a-guarda de todo paciente. Podemos constatar estas dificuldades na exasperação de auxiliares de enfermagem e de enfermeiras que trabalham em contato direto com pacientes no hospício e que tentam conter a agressividade e a sexualidade através de uma escuta mais qualificada e pertinente às suas práticas profissionais.

A possível organização é pequena, porque o aparato de contenção é o próprio estofo das paredes da construção hospitalar e pressiona, com necessidades anteriores aos fatos, como hipótese que existe para comprovar a tese, e mais cedo ou mais tarde, será usado, independente da singularidade dos sujeitos.

Há demasiada pré-caução, noções difusamente fortes de periculosidade que expulsam o sujeito de seu lugar específico para uma trilogia geral de perigo-medo-contenção. Fica claro então que na enfermagem psiquiátrica precisamos trabalhar com uma equipe de enfermagem preciosa, menos defendida, o que é uma bela solução mas também um grande problema.

¹ Psicanalista. Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do IPUB.

² Professor Titular de Enfermagem Psiquiátrica. Diretora de Enfermagem do IPUB. Pesquisadora do CNPQ.

³ Psicanalista. Doutor em Psicanálise pela Universidade de Paris VIII. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do IPUB.

As enfermeiras estão repetidamente imersas em um alto nível de tensão, stress e ansiedade. É difícil entender como podem tolerar tanta ansiedade e, de fato, **elas não podem**. O abandono da profissão é frequente e o absenteísmo no trabalho ainda maior. Costuma-se dizer que uma enfermeira e/ou aux. de enfermagem de cenários hospitalares especializados, do tipo emergência ou Centro de Terapia Intensivo, Centro Cirúrgico ou psiquiatria, “duram” em torno de dez anos, profissionalmente falando. A incidência de doenças que exijam alguns dias de afastamento é alta: hipertensão, diabetes, insônia, lúpus e obesidade.

É importante entender a natureza desta ansiedade e as razões para a sua intensidade. Vamos considerar então as causas e os efeitos deste nível de ansiedade no hospital. O hospital interna e cuida de pessoas doentes que não podem ser cuidadas em suas próprias casas. Esta é a tarefa principal para a qual o hospital foi criado (ao menos do ponto de vista social); é a sua tarefa primária ou primeira. A responsabilidade maior para o atendimento desta primeira tarefa recai sobre o serviço de enfermagem que deve providenciar cuidado contínuo para os pacientes, dia e noite. É este serviço que suporta todo o impacto imediato e concentrado derivado do cuidado dos pacientes.

As situações de stress neste cuidado nos são familiares. As enfermeiras estão em contato permanente com pessoas que estão doentes fisicamente ou com transtornos, frequentemente, severos. A recuperação dos pacientes não é certa e nem sempre será completa. No caso da enfermagem psiquiátrica, porém, não existe uma “bandeja” contendo cuba rim, pinças, pacotes de curativo, material esterilizado. Não há feridas ou tapotagens, ou seja, não há mediadores materiais, objetivos, para o cuidado de enfermagem e que servem como anteparo para o impacto da ansiedade. O manuseio dos instrumentais hospitalares, qualifica fatos reais, e produz efeitos simbólicos ao registrar este tempo como uma pausa-descanso psíquico entre os contatos com o lado emocional do paciente, a necessidade de disponibilidade interna e o acolhimento, necessários para o relacionamento terapêutico com o paciente. Não existindo estes “momentos de pausa” que também servem para alguma elaboração do que foi vivido, a enfermeira fica permanentemente exposta às demandas do paciente.

Além disso, no nível individual, a situação de trabalho provoca sentimentos fortes e confusos nas enfermeiras: pena, compaixão e amor; culpa e ansiedade; aversão e ressentimento dos pacientes por provocarem estes sentimentos fortes; inveja do cuidado dispensado a estes pacientes. trabalho envolve se ocupar de tarefas que, por padrões comuns, são desagradáveis, provocam nojo e medo, mas também desejos e impulsos eróticos de difícil controle.

Neste contexto o posto de enfermagem torna-se uma ilha de tranquilidade possível (Rocha,1997); suas portas, meias-portas e mesas de trabalho operam como camuflagem para as enfermeiras diante das necessidades de atendimento do paciente.

Engendram-se, de maneira análoga, estratégias coletivas de defesa no sentido de auxiliar indivíduos a evitar experiências de ansiedade, culpa, dúvida e incerteza. Elas As formas de funcionamento social da enfermagem dentro da Instituição Psiquiátrica atendem ao que está proposto pelo grupo social institucional em geral. São aquelas respostas que já estão pré-entendidas e com significados compartilhados por todos, como quando se responde a uma situação imprevista com a rápida busca de culpados, dissipando a necessidade de análises mais abrangentes e aprofundadas de cada situação.

Chamemos ao conjunto destas estratégias de um sistema social de defesa, para não confundi-lo com o uso do termo defesa no campo propriamente psicanalítico. Este sistema desenvolve-se através do tempo como resultado de uma interação secreta ou não dita e de um

acordo secreto, frequentemente inconsciente, entre os membros de uma organização. A estruturação social dos mecanismos de defesa tende a se tornar um aspecto da realidade externa com a qual os membros da instituição, antigos e recém-chegados, precisam lidar ou chegar a um acordo.

Ao longo da história dos hospitais, os serviços de enfermagem desenvolveram suas defesas coletivas que se combinam, mas que, apenas como estratégia de discussão, podemos indicar, em uma lista nada exaustiva, separadamente.

Uma boa parte delas avançam no sentido de *esvaziar a relação enfermeira-paciente*. O núcleo da ansiedade para enfermeira reside na relação com o paciente. Quanto mais próxima e concentrada a relação, mais a enfermeira estará exposta ao impacto da ansiedade. Os serviços de enfermagem tendem a proteger as enfermeiras diminuindo o contato delas com o paciente. O trabalho dividido em tarefas é o exemplo maior deste tipo de estratégia. Outra é a *despersonalização* e negação do significado de indivíduo. Por exemplo, falar nos pacientes não pelo nome mas pelo número do leito ou pela doença ou pela doença do órgão. As enfermeiras desaprovam esta prática mas ela persiste. Há uma ética, inclusive, que afirma que um paciente deve valer ou significar o mesmo que qualquer paciente. Não importa, para a enfermeira, de quem ela cuida ou de qual doença se trata.

Esta despersonalização atinge não só o paciente como também a enfermeira. Enfermeiras costumam encontrar muita dificuldade em expressar preferências por tipos de pacientes ou sobre cuidar de homens ou cuidar de mulheres. O uniforme das enfermeiras é um símbolo de uma uniformidade de comportamento e de interioridade; a enfermeira torna-se um aglomerado de habilidades, sem individualidade; cada uma é perfeitamente intercambiável com outra com habilidades do mesmo nível. Diferenças socialmente permitidas entre enfermeiras estão restritas a poucas diferenças maiores, como insígnias e cor do uniforme para marcar diferenças entre alunas, diplomadas e docentes por exemplo. É uma tentativa de criar identidades operacionais entre todas as enfermeiras. Isto leva a entender que decisões, dúvidas e privilégios são designadas para categorias de pessoas e não para indivíduos de acordo com suas capacidades pessoais e necessidades. Isto ajuda a eliminar o medo e decisões difíceis.

Outra estratégia é o *distanciamento emocional*. Para todas as profissões que trabalham com pessoas é ensinado o desenvolvimento do adequado distanciamento profissional: controlar as sensações, conter envolvimento excessivo, evitar identificações perturbadoras, manter independência profissional contra a manipulação e demandas de comportamento não profissional. A redução da possibilidade de trabalhar com o que distingue o indivíduo e o individual auxilia o distanciamento porque minimiza a interação: “uma boa enfermeira não se incomoda em ser remanejada”. A “boa enfermeira” está disposta e apta a mudar de enfermaria para enfermaria, de hospital para hospital sempre que for preciso (supõe-se que uma enfermeira que treinar estes remanejamentos na prática terá aprendido, emocionalmente, a viver o distanciamento psicológico). O sofrimento e a angústia de romper relacionamentos interpessoais e a importância de relacionamentos estáveis são continuamente negados pelo sistema.

Eliminar decisões pelo ritual de tarefas é mais uma estratégia de defesa. Tomar uma decisão implica em fazer uma escolha entre diferentes possibilidades de curso da ação e se comprometer com uma delas, tendo sido feita a escolha na ausência de informação fatural completa sobre os efeitos da escolha. Se os fatos fossem completamente conhecidos, nenhuma decisão necessitaria ser tomada pois o próprio curso da ação seria auto-evidente. Todas as decisões cursam com alguma incertitude com respeito ao resultado e,

consequentemente, cursam com conflito e ansiedade até que o resultado seja conhecido. Serão agudas, se envolverem o tratamento e o bem estar do paciente. Para poupar as enfermeiras o serviço tende a minimizar o número e a variedade das decisões que precisam ser tomadas. Por exemplo, as estudantes de enfermagem são orientadas a executar uma lista de cuidados de uma forma que lembraria o desempenho de um ritual; orientações precisas são dadas para cada detalhe, algumas pouco objetivas ou até mesmo desnecessárias. Se existem duas maneiras de arrumar uma cama, uma é escolhida e sempre repetida- ensinar e inculcar um cunho ritualístico nas práticas – ao mesmo tempo que é automatizada, cada tarefa ganha uma importância desmedida, mesmo aquelas que poderiam ser realizadas por leigos. No mesmo sentido, busca-se reduzir o peso da responsabilidade nas decisões através de checagens e rechechagens. Sempre que possível envolve-se outras enfermeiras-chefes checando a ação partilhando-se assim o peso de decisão e de ato em uma tarefa.

Finalmente, assim como existe diluição e distribuição coletiva da responsabilidade, existe também uma *distribuição da culpa*. A sobrecarga de responsabilidade no trabalho é difícil de suportar e as enfermeiras convertem parte do conflito intra-psíquico em conflito interpessoal. Elas frequentemente lamentam-se de que as outras enfermeiras são irresponsáveis comportando-se descuidadamente e impulsivamente, geralmente referindo-se a grupo de enfermeiras e em uma hierarquia inferior que, em consequência, precisam ser supervisionadas e disciplinadas sem cessar. As enfermeiras queixam-se de serem chamadas a atenção pelo erro dos outros enquanto nenhum esforço é feito para encontrar o real culpado. Segundo as palavras de uma enfermeira: quando há um erro você tem que repreender alguém mesmo que não se saiba quem tenha sido o culpado.

Como vemos, trata-se de um terreno solidamente pavimentado com comportamentos quase inamovíveis. É de se supor que ao menos em alguns momentos, uma equipe deve ser capaz de tolerar um mínimo de ansiedade de modo a estabelecer uma conduta distinta das padronizadas, uma vez que o trato com pacientes, psicóticos por exemplo, requer muitas vezes um pouco de invenção.

Nem sempre uma reflexão aprofundada sobre esta prática assistencial, que convocaria os atores em questão a operar no cotidiano de maneira diferenciada, vai produzir o efeito esperado. Um dos desfechos possíveis é que este tipo de questionamento, da prática profissional e do papel profissional individual, aumente incontrolavelmente a ansiedade, levando o profissional a “desistir”: voltando rapidamente à “acomodar” as situações, à síndrome de *burnt out*, ao absenteísmo.

Uma outra possibilidade é criar-se um espaço onde estas novas questões suscitadas possam ser elaboradas de modo a ressignificar a prática assistencial, operar mudanças conceituais e melhorar a prática profissional em um ambiente propício.

De uma experiência de supervisão

No Instituto de Psiquiatria-IPUB, algumas alterações foram realizadas na organização do serviço de enfermagem, a partir do ano de 1994. Mudamos a escala do plantão que era de 24h por 120h para 12h por 60h ou diaristas; retiramos o uso do uniforme branco; instituímos o descanso noturno em grupos (de forma que sempre fique ao menos um acordado) e em local digno e conhecido por todos; o cuidado de enfermagem passou a ser integral e não por tarefas, havendo um quadro que distribui a responsabilidade sobre o cuidado aos pacientes

entre os membros da equipe; anotação de enfermagem com verificação de sinais vitais a cada 12 horas, no mínimo; passagem de plantão de enfermagem, entre outras. O que vale relevar é que, apesar dos benefícios indubitáveis destas alterações, dentro de certos limites, as enfermeiras ficaram mais *de frente* com as demandas dos pacientes e logo começou a aumentar o absentismo e o recrudescimento de quadros clínicos entre elas. Decidimos então que era necessário oferecer algum tipo de apoio, no caso uma atividade de supervisão, para auxiliar um novo trabalho de enfermagem que passava a se apresentar.

Buscávamos uma supervisão de caráter diferente da supervisão conhecida na enfermagem que, tradicionalmente, caracterizou-se como uma “enfermeira-ponto-ambulante”, que percorre o hospital, assinalando faltas e frequências na escala de serviço e promovendo remanejamentos de setor para setor (com a “figura - tipo” da então chamada enfermeira O.N.- onde necessário. Esta enfermeira, é alocada, durante o plantão, onde houver faltas na equipe de enfermagem, em serviços que podem variar de centro cirúrgico a emergência) (ROCHA, 1994, p.29). Buscávamos um espaço em que a discussão sobre as relações interpessoais, com base na teoria psicanalítica, pudesse contribuir para uma maior mobilidade subjetiva do corpo de enfermagem.

Iniciou-se em 1997 a atividade de supervisão de enfermagem, com periodicidade semanal e duração de aproximadamente duas horas, com a presença dos profs. Cristina Loyola, Ana Cristina Figueiredo e Marcus André Vieira. O grupo de enfermeiras reúne-se para discutir os casos de pacientes considerados de difícil manejo pelas enfermeiras, elaborando uma escuta qualificada para a fala do paciente psicótico. Há uma estratégia explícita de mudar o olhar da enfermeira sobre o doente mental, na medida em que é o sujeito que se apresenta através de sua fala e não mais um conceito diagnóstico. Estes encontros semanais se caracterizam também como um grupo de discussão sobre o trabalho da enfermeira psiquiatra e sobre seu ofício.

Foi somente após um período relativamente longo de experiência que nos consideramos aptos a objetivar o trabalho. Só iniciamos o registro das supervisões em novembro de 1999 e apresentamos aqui extratos das dez primeiras reuniões. Acreditamos porém, com base na experiência acumulada no período, que com os dados abaixo estamos ilustrando de maneira representativa o que apresentou-se ao longo destes três anos de trabalho.

Iniciamos o registro das supervisões, a partir da seguinte orientação: data, hora, início e término, número e qualificação dos participantes, queixa ou demanda explícita da enfermeira para a seleção do caso, o que o paciente diz sobre si e o que os outros dizem sobre ele, impressões de quem fez o registro sobre o caso do paciente e sobre a relatora do caso, encaminhamento dado pela supervisão para o manejo da situação. As sessões de Supervisão de Enfermagem são coordenadas por três docentes do IPUB (uma enfermeira psiquiatra e dois psicanalistas) e tem participação aberta a todas as enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem do IPUB, aos alunos de pós-graduação e de graduação em enfermagem e, eventualmente, a outros convidados de participação mais casual como médicos-residentes ou alunos do Curso de Especialização em Psiquiatria, assistentes sociais, psicólogos e profissionais de outras instituições. Elas registraram, em média, a presença de dois coordenadores docentes, um enfermeiro e um psicanalista.

A partir de março deste ano, a Sessão de Supervisão passou a compor o conteúdo teórico-prático de uma disciplina eletiva do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, observando-se um aumento de alunos da Pós na frequência às reuniões. A população alvo é composta, preferencialmente, pelas alunas da Pós-graduação e

pelas enfermeiras dos serviços do IPUB, devendo o pessoal de enfermagem de nível médio participar, apenas, se estiver garantida a continuidade da assistência de enfermagem aos pacientes internados.

A análise preliminar destes dados empíricos aponta questões interessantes. Vejamos alguns temas recorrentes.

1. A relação por vezes conflituosa, de embate real, com os profissionais médicos

Queixas de atitudes não cuidadosas ou pouco acuradas, para com a gravidade de intercorrências clínicas nos pacientes.-***“... sensação de impotência diante do quadro. Tem um câncer no seio-neoplasia estágio IV. Há meses que o médico só registra “conduta mantida”***

Preocupação quanto aos pacientes que estão vivenciando a primeira internação hospitalar. Há um certo temor, um “receio protetor” por parte da equipe de enfermagem, de que esta primeira experiência não seja dimensionada com o rigor necessário pelo médico assistente. Neste sentido, a necessidade de internação hospitalar é avaliada pelas enfermeiras como um episódio devastador na vida do paciente, cuja ocorrência vai atuar como fator de risco para futuras internações: -***“o paciente nunca teve internação. Precisa de uma melhor avaliação da equipe de enfermagem e médica, para que não fique perdido na enfermaria, crônico como os outros.” -“Ela passa despercebida e eu acho que o caso é muito grave.”***

O eletrochoque ou eletroconvulsoterapia (ECT) também é citado como uma estratégia de cuidado médico que alguns membros da equipe de enfermagem se esforçam para evitar, por não verem neste tratamento um benefício claro para alguns pacientes: -***“Tenho medo que ela seja submetida a sessões de eletroconvulsoterapia’***

De forma inequívoca, as enfermeiras apresentam o caso do paciente de maneira fortemente orientada para o diagnóstico médico, basicamente descrito no CID-10 (Código Internacional de Doenças, décima versão) ou no DSM-IV (Diagnosis System Medical, fourth version). Esta discussão, sobre a exata classificação do caso, se distúrbio neurótico, paranóia, esquizofrenia ou distúrbio do humor, além das críticas frequentes à inadequação da medicação prescrita, preencheu quase a metade do tempo disponível para a supervisão, provocando discordâncias fortes, calorosamente defendidas e atacadas. As questões sobre sintomas presentes, a assistência prestada, a relação profissional com familiares e paciente que foram debatidas, gravitaram em torno das possibilidades do diagnóstico médico: ***“A paciente apresenta um quadro de labilidade de humor, esquizofrenia paranóide transtorno bipolar. Faz uso atualmente de haloperidol-10 mg, carbolítio-300 mg e akineton”***

A estrutura psicótica(2/13), a mania(2/13), a desorientação e delírios apresentados pelos pacientes(1/13), a paranóia(1/13) e a depressão(1/13), foram debatidas pelos participantes das Supervisões com uma certa preocupação por estarem interligando os fatos e os sintomas ao diagnóstico médico-psiquiátrico. Entretanto, em duas sessões, foi possível constatar que a principal inquietação referia-se à ansiedade da equipe de enfermagem em “ter” que conviver com a indiferença do aluno, residente de medicina, e do médico supervisor, diante de graves situações clínicas dos pacientes:-***“Um milhão de hemácias e 21% de hematócrito, chama o médico assistente ,e ele não vem. A paciente tem 85 anos.”***

2. Sentimento de impotência

Outro relato frequente, aparece na inquietação da equipe de enfermagem em manejar alguns quadros clínicos que se expressam de forma singular e que demandam um cuidado que não consegue ser previsto (2/13), onde não há planejamento possível ou mesmo

experiência que possa ser repetida: - ***“a gente não aguenta mais este desânimo. Todo dia, de manhã ele está bem, e à tarde, mal.”***

A outra vertente evidenciada no relato das enfermeiras, são as emoções vivenciadas ao cuidar dos doentes, como uma dificuldade de **vivência psíquica** da situação: - ***“Meu filho teve este problema (dificuldade para evacuar) aos três anos.”*** - ***“Como a gente, da enfermagem, lida com esta vontade de matar um paciente ... que eu tenho que cuidar?”*** - ***“A angústia e o choro constante da paciente me consomem, é muito desgastante”*** - ***“O pai disse que ela foi criada para não confiar em ninguém. Não conseguimos manter um relacionamento terapêutico”*** - ***“A lucidez dela (a paciente) me deixa atônita.”***

Durante as Supervisões foi possível observar diferentes expressões de sentimentos das enfermeiras em relação aos casos apresentados. Notamos que existe uma forte preocupação da equipe de enfermagem relativa ao esclarecimento do diagnóstico médico-psiquiátrico dos pacientes para que, a partir deste conhecimento, seja possível prestar uma assistência efetiva, do ponto de vista do tratamento. Melhor dizendo, a partir do diagnóstico médico, poder propor uma intervenção de enfermagem no processo da doença mental. Alguns relatores demonstraram dificuldades e grande sofrimento diante da indiferença da equipe médica com os problemas clínicos dos pacientes. Esta impotência também cristaliza-se, ou melhor, torna-se material através de uma sensação desagradável de “inércia”, ou seja, apesar de todo o esforço da equipe, não há uma melhora aparente na evolução do quadro do paciente: - ***“Por ser uma paciente antiga, há uma sensação de impotência e preocupação com o futuro.”***

3. Discurso incorporado, Falas dos pacientes incorporadas ao discurso do enfermeiro

Neste registro das Sessões de Supervisão analisamos também aquilo que os pacientes, considerados de difícil manejo, dizem sobre si. Encontramos depoimentos que inscrevem pensamentos delirantes: - ***“Tenho um problema sério, tenho o diabo no corpo”*** - ***“...tenho medo do porquinho morrer. (a paciente se dizia ser um porquinho)”*** - ***“Não poso vir no escuro, pode ter um assassino...”***

Os pacientes relatam certas dificuldades para lidar com alguns fatos da vida real, do cotidiano, que não são, necessariamente, sintomas de doença mental, mas dificuldades de funcionamento social anterior ao desencadear da doença, ou “*disabilities*” decorrentes do *handcap* da própria doença mental: - ***“Sempre quis colocar a mão onde não alcançava. Pouco, para mim é lixo.”***

Há também a dificuldade em lidar com a carga de sofrimento decorrente dos sintomas da doença (4 em 13), uma dor do indizível, o que às vezes aparece em relato pungente: - ***“...não aguento mais essa depressão, você tem que me ajudar.”***

A auto-depreciação, a baixa auto-estima e a sensação de desvalia, decorrentes destas emoções foram destacadas pelos pacientes(3 em 13): - ***“Não tenho vontade de fazer nada.”*** - ***“...me sinto um lixo.”***

A surpresa em perceber que são capazes de produzir emoção no outro, de que a “grande-enfermeira”, detentora de muitos poderes na organização da instituição hospitalar, dona das minúsculas e definitivas autorizações de ir-e-vir também pode sofrer os efeitos da manipulação: - ***“como você é tão grande e eu consigo tirar você do sério? (paciente referindo-se a uma enfermeira que é muito alta e forte)*** - ***“Eu vou tirar todo mundo do sério!”***

Ao apresentarem a sua fala sobre os pacientes, e os destaques que os constituíam em casos considerados difíceis, foi possível agrupar algumas características mais frequentes,

dentro dos casos clínicos apresentados. Alguns relacionavam-se à sexualidade(5 em 13): -***“O paciente tem vontade de matar a mãe com uma faca, pois sonha estar tendo relações sexuais com ela.”*** -***“O paciente citava a professora de teatro como uma mãe, mas de forma erotizada.”***

Registramos também relatos de pacientes com quadro de confusão e desorientação (4/13): - ***A paciente acredita que a família do marido a persegue. Foi internada por ameaçá-los com uma faca.*** -***Paciente confusa e desorientada, costumava andar nua na rua.***

A angústia também foi um marco em alguns depoimentos(2/13) : -***Paciente sentia medo de tomar banho, estava triste, queria se suicidar. Internou com quadro de depressão.*** ***“Quadro depressivo, poliqueixosa, choro constante, ansiedade, angústia, sem respostas aos ensaios terapêuticos.”***

A heteroagressividade foram mencionadas em apenas um relato: -***A paciente urina no ralo, evacua no saco plástico, não joga o lixo fora, só come na frente de quem confia, deixa a torneira aberta.***

Observamos, que a idealização suicida e a angústia(4/13) apresentaram-se com frequência em alguns casos:-***“O paciente apresenta delírios persecutórios e ideação suicida para aliviar a angústia”***

4. Sentimentos compartilhados

A contratransferência revela - se na irritação incontida e na comparação de situações profissionais com experiências de vida pessoal: -***“Ele para mim é assexuado, ainda mais com aquele monte de pêlos no peito, detesto homem peludo.”***

É possível perceber o medo que a agressividade do paciente desperta, não só no relator, mas em toda a equipe. O grupo divide-se em dois “times”, um lado que bate, e um lado que apanha.” Estes “times”, passam a substituir, de imediato, o lugar do indivíduo doente (e que por isso, às vezes bate) e o lugar da equipe técnica, que deveria cuidar do doente, mas que, nem por isso, deveria “apanhar”: -***“Agressividade sem causa aparente e sem avisar nada. A equipe tem medo dele, os pacientes e a família também.”***

A enfermagem registra com certa culpa, o descaso de todos(médicos, enfermeiros e auxiliares) com uma paciente com quadro clínico grave. A relatora demonstra indignação pelo “pouco caso, desleixo no cuidado e a falta de exame físico.” ***“Ela tem um câncer no seio, e não se faz nada.”***

A preocupação com o quadro de clínica médica é demonstrada através de um paradoxo, pois esta preocupação torna-se diminuída frente a um quadro psiquiátrico complexo e não explorado: -***“Trouxe o caso pelos picos hipertensivos. A paciente apresenta quadro de depressão, angústia, ideação suicida, delírios persecutórios.”***

Discussão

Podemos descrever algumas orientações práticas da supervisão:

. O encaminhamento clínico foi sugerido em alguns casos, como por exemplo, a transferência do paciente para um hospital clínico especializado, o oferecimento de um suporte nutricional adequado e a diminuição de alguns fatores causadores de hipertensão arterial, como a atenuação da angústia. Outra sugestão, refere-se à possibilidade de diminuição da ansiedade do paciente, principalmente nos transtornos obsessivos,

proporcionando um espaço para que o paciente possa reproduzir seus rituais atenuadores de ansiedade, diminuindo a disciplina e a suposta “ordem” que organiza o trabalho das enfermeiras e a instituição hospitalar.

. Houve alguns encaminhamentos de proporcionar um certo “rodízio” entre os membros da equipe de enfermagem para os casos de pacientes de manejo difícil, que exigem alta demanda de cuidados, acompanhamento psíquico, orientando os profissionais para que não aumentem o conteúdo delirante dos pacientes. E fazer valer as regras da instituição, evitando assim a alta a termo. Em um caso foi proposta a criação de um atendimento específico para o familiar, e em outro, foi sugerida a preparação de uma paciente para ser encaminhada à residência terapêutica. Em várias situações foi reafirmada a necessidade de criar um lugar de escuta único, ou seja de selecionar-se um enfermeiro, que já possuísse vínculo ou transferência para com o paciente de modo que a fala do paciente pudesse ser direcionada para uma mesma pessoa, que pudesse escutá-lo mais, fazê-lo falar mais de si e, quando for o caso, sobre si, evitando uma dispersão deste endereçamento “de si”, que pode terminar em uma fala esvaziada, um blá-blá-blá.

. Algumas vezes discutiu-se a possibilidade de aprender, e crescer profissionalmente com as sensações de impotência vivenciadas pela equipe de enfermagem. Ou seja, diante de situações extremas, onde o que havia era “fazer nada”(que é diferente de nada fazer), uma vez que haviam-se esgotado as possibilidades de produzir efeitos, ficou claro que a discussão deste “fazer nada”, já implicava em efeito de aprendizado. O que havia sido discutido, compartilhado e vivenciado no próprio grupo, as fronteiras, inclusive, de nossos desejos e nossas possibilidades de ação, quando compartilhadas em uma discussão em grupo, são intrinsecamente produtoras de alguma condição de aprendizado.

Entretanto, para além destes encaminhamentos, o trabalho destacou elementos essenciais e recorrentes da supervisão que respondem aos quatro pontos destacados acima.

1. Verificamos uma mudança evidente na demanda dos enfermeiros à supervisão. Deixou de ser, “livre-me deste peso” e passou a ser, “o que podemos fazer?”

A justificativa de demanda das enfermeiras, ao trazer um caso clínico para discussão na Supervisão, apresenta duas vertentes evidenciadas. Uma delas (6 casos em 13 sessões de supervisão), releva o interesse maior para com a qualidade do cuidado de enfermagem psiquiátrica, na perspectiva do exercício profissional. As enfermeiras estão apreensivas com a qualidade da assistência prestada ao doente mental, aí incluída, também, a assistência de enfermagem. Entretanto, sabemos que cuidar bem em psiquiatria, e também em outras especialidades de enfermagem, é mais do que um ato, é uma atitude. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro. Implica em um comprometimento com o bem estar do outro, um compromisso ético de responsabilidade, de uma ética do bem. É uma fonte que gera muitos outros atos, cujo desempenho poderá estar a cargo de diversos profissionais conformando um campo de convivências no qual pode-se encontrar facilidades e também alguns obstáculos.

As reuniões de Supervisão de Enfermagem são organizadas pela coordenadora da Supervisão e da disciplina, que define quem serão os relatores que apresentarão os casos no mês. A cada semana é levado um caso à sessão, escolhido e apresentado pelo relator. A opção pelo caso específico de um paciente traz consigo uma inquietação maior do relator, e, às vezes, de toda a equipe. Foi possível observar que a escolha dos casos apresentados teve, como principal enfoque, a preocupação da enfermeira com o **cuidado**, contrariamente às

questões que se apresentaram como importantes no início do trabalho, relacionadas com sentimentos de exaustão ou de irritação excessiva com determinado traço do caso ou do atendimento do caso.

2. Da impotência à novela do sujeito

Os encaminhamentos feitos pelos coordenadores e demais participantes da Sessão de Supervisão de Enfermagem apontaram, antes de tudo, para a necessidade de uma investigação mais ampla e profunda da história pessoal e familiar, pregressa e atual do paciente, buscando relevar os vínculos afetivos, as figuras de pai e de mãe com as quais o paciente conviveu, e sobretudo, conhecer o funcionamento social do paciente antes do surto, e se aproximar de alguns fatores que possam ter sido desencadeadores da doença atual.

Este efeito de mudança da demanda vai de par com uma valorização do trabalho: não mais obediência inteligente ao saber médico mas sentinela dos cuidados outros essenciais ao paciente que escapam ao campo do saber científico. As queixas aos médicos puderam, no mais das vezes serem objetivadas como indicação de uma zona obscura que necessariamente escapa ao trabalho médico e à qual os enfermeiros estão confrontados diretamente. A partir daí pôde-se descobrir que a impotência só faz sentido no plano em que é preciso saber para curar e que neste plano o saber fica reservado ao médico, donde a impotência.

No momento em que se busca constituir um lugar para a história subjetiva, sempre há o que fazer. Desta forma, a noção de sujeito, nos moldes lacanianos, não como superpondo-se integralmente ao indivíduo, muitas vezes indivíduo da doença, mas como escapando à apreensão completa, como aquele resíduo que não se totaliza pelas explicações patológicas, aquela particularidade que resiste, etc. Esta noção de sujeito foi muito útil para que os enfermeiros percebessem que há sempre o trabalho de se buscar reconstituir o que viemos a denominar a “novela do sujeito”. Mesmo que não são mais capazes de enunciar um discurso coerente sobre quem são, e que não tem familiares para trazer a narrativa de sua história, que os constituiria como indivíduos. Para estes sujeitos administra-se o tratamento assubjetivo medicamentoso. Nos casos em que este tratamento não funciona fica-se a esperar. Mesmo nestes casos pode-se buscar reconstituir com as ruínas de uma história uma novela que permite que o copro de enfermagem se relaciona diferentemente como paciente e mesmo descubra, invente, a partir daí, soluções para seu futuro.

3. Sentimentos imbricados

Muitas vezes os profissionais de enfermagem confundem a realidade do paciente com a sua própria vida. MENZIES in PITTA (1990, p.61), refere que a situação de trabalho suscita sentimentos muitos fortes e contraditórios na enfermeira: piedade, compaixão e amor, culpa e ansiedade, ódio e ressentimento contra os pacientes que fazem emergir esses sentimentos fortes, inclusive inveja ao cuidado oferecido ao paciente. Os sentimentos aflorados trazem uma carga desordenada que vai interferir na relação enfermeiro-paciente. Frequentemente essas sensações despertam raiva, hostilidade, pesar e um afeto irreal, ou seja, gerado por uma outra pessoa que não o paciente. Num contexto geral, as queixas levadas à Supervisão, expressam claramente as dificuldades e preocupações da enfermagem em cuidar no âmbito psiquiátrico, tendo sempre a melhora do paciente como discussão prioritária.

A doença psiquiátrica geralmente altera as várias percepções da pessoa diante de si próprio, dos outros e do mundo. A partir do aparecimento da doença, o paciente sofre grandes dificuldades em aceitar que está doente. A família, por outro lado, duvida da veracidade dos sintomas, acreditando que estes são frutos de fingimento com o intuito de chamar a atenção.

Essa situação faz com que o início do tratamento seja adiado e que as relações interpessoais se tornem prejudicadas. Todo comportamento tem um significado e pode geralmente ser compreendido. Através do comportamento, como pelas palavras, os pacientes expressam suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais. (KYES, 1985, p.06). É difícil para a sociedade compreender que os pensamentos por mais absurdos que sejam são reais para o paciente, e suas atitudes, mesmo inadequadas fazem sentido para o doente mental. Os momentos de lucidez também são enfrentados com dificuldade, pois evidenciam as questões problemáticas da sua vida, como conflitos familiares, sociais, espirituais, decepções amorosas e outros. Esses fatores, em geral, desencadeiam a internação que representa um marco na vida da pessoa, excluindo-a e isolando-a da sociedade. O paciente passa a ser estigmatizado e a sofrer com o preconceito gerado por toda a comunidade. Diante da incompreensão da doença e da impotência para resolver seus problemas, o paciente se vê dependente do cuidador, sentindo-se diminuído. Frente à circunstância de ser apenas mais um dentro de uma instituição, alguns pacientes utilizam-se de certas estratégias para se destacar e direcionar a atenção dos cuidadores para eles. Muitos, promovem desentendimentos entre os outros pacientes e, às vezes, até entre os profissionais. Tentam sempre ter o domínio situação e manipular os outros. O fato de se sentir manipulado, causa aborrecimento na equipe de enfermagem, prejudicando a assistência prestada.

Conforme FRAGA (1993, p.86), os profissionais de enfermagem demonstram preferir cuidar de pacientes desorientados porque estes, em geral, não reclamam, não conseguem sustentar argumentos quanto às próprias necessidades e direitos, e obedecem mais facilmente às determinações que lhes são apresentadas. Alguns comportamentos expressos pelos pacientes são avaliados como de difícil manejo pelas enfermeiras e ficaram registrados nas supervisões: a heteroagressividade, que desperta no cuidador, mesmo que involuntariamente, o sentimento de medo e, às vezes, até raiva; a confusão e a desorientação que requerem maior atenção da equipe diante dos danos que estas pessoas podem sofrer ou causar aos outros; o comportamento regredido foi mencionado como um fator preocupante pois aponta para a gravidade do caso; a angústia do paciente que desperta um sofrimento tanto naquele que cuida quanto nos outros pacientes que tentam ajudar e finalmente a sexualidade exacerbada que é citada como um obstáculo a mais a ser vencido, pois dificulta a aproximação do enfermeiro ao paciente inibindo, às vezes, a necessidade de tocar o paciente. PITTA (1990, p.64) afirma, que os pacientes, tal como as enfermeiras, experimentam fortes sentimentos libidinosos e eróticos, estimulados pelos cuidados de enfermagem, e às vezes se comportam de maneira a aumentar as dificuldades das enfermeiras, por exemplo, através da exposição física desnecessária.

Hoje, a enfermagem é considerada um ofício que possui uma grande área de ação e uma autonomia no seu exercício profissional. Sendo assim, suas atividades independem totalmente do diagnóstico médico, principalmente na psiquiatria, onde as relações de confiança, a própria transferência, a cumplicidade, se fazem mais presentes ou atuantes do que a administração de medicamentos. Nos casos apresentados na Supervisão, as discussões inicialmente tendiam para o diagnóstico médico. Os participantes da Supervisão apresentaram uma inclinação para discutir os sintomas apresentados pelos pacientes, sempre balizados para chegar ao diagnóstico médico da doença. Havia uma crença quase que generalizada entre as enfermeiras de que o diagnóstico médico-psiquiátrico era o elemento decisivo no cuidado de enfermagem a ser prestado. Poucas vezes se relacionou o “comportamento doentio” do paciente como tendo sido resultado da doença, mas associado também à sua interação com o ambiente hospitalar (ROCHA, 1994:16).

Controlar os próprios sentimentos, ao mesmo tempo em que se lida com os sentimentos de um paciente, nem sempre é uma tarefa fácil. Isso pode provocar um conflito com o desejo da enfermeira de ser útil, o que ela pode não entender (KYES, 1985, p.07). Frequentemente a enfermeira sente-se angustiada por ter que conviver com uma dor que não é concreta(visível no corpo), e que expressa o sofrimento do outro. A situação pode se complicar quando as dificuldades emocionais pessoais da enfermeira se tocam, ou se chocam, com aquelas dos pacientes, compondo aí um campo confuso, tenso, e fadado ao fracasso, do ponto de vista terapêutico. É preciso ressaltar, entretanto, que, mesmo com todas as dificuldades apontadas, as enfermeiras mostraram-se sempre preocupadas com os pacientes, com a qualidade da assistência prestada, e buscavam, na Supervisão, a possibilidade de um melhor entendimento da situação, uma compreensão maior do caso e a possibilidade de manejar melhor as novas dificuldades.

4. Sentimentos compartilhados

A partir do momento em que se privilegiou a re-construção de uma história, não somente o saber médico passa a não ser o único saber do qual disporia o enfermeiro, como também instaura-se necessariamente um distanciamento entre enfermeiro e paciente de natureza nova. Não se trata mais de objetivar o paciente, que torna-se um sujeito. Ao mesmo tempo, ao fazê-lo, o enfermeiro passa a relacionar-se com uma história de conhecimento compartilhado e não a um ser misto, um composto de doença e doente em que o doente, por não ser apreendido passa a ser capaz de engendrar efeitos e sentimentos de natureza inconsciente por que não dita.

Desta forma, portador de uma história compartilhada pelos enfermeiros, o paciente torna-se menos gerador de violentas reações passionais sem entretanto reduzir-se a uma doença que a princípio deveria ser abordada apenas objetivamente. Alguns enfermeiros podem não gostar da história subjetiva que se descortina diante de seus olhos, mas saberão como dizê-lo e ao menos como tentar lidar com esta dificuldade pessoal.

As sessões de Supervisão cumpriram também o papel de mostrar, para as próprias enfermeiras, o valor terapêutico do trabalho que elas realizam, mesmo quando sem sucessos imediatos retumbantes, conseguem “secretariar” a loucura expressa por um paciente psicótico, ouvindo seus delírios e suas alucinações. Esta possibilidade de escutar sem, necessariamente, ter que intervir, é uma avaliação terapêutica que as enfermeiras não visualizam com facilidade. Ficou expressa a necessidade de reunir as informações dos vários profissionais sobre o doente e de se esforçar por um trabalho conjunto. Atitudes solidárias entre a própria equipe de enfermagem, por exemplo, rodízio no cuidado de pacientes que provocam grande demanda, foram relatadas com o intuito de minimizar o estresse, e o sofrimento, advindos da impotência diante de determinados casos. Ficou clara a necessidade urgente das enfermeiras construírem uma clínica de enfermagem psiquiátrica, que se utiliza da avaliação da clínica médica, mas não se exaure nela. A busca pela história progressiva e atual do paciente, em termos do seu funcionamento social antes e depois da crise, foi uma demanda nos encaminhamentos propostos. Ainda neste sentido é preciso levantar uma dificuldade da Supervisão em acompanhar os casos relatados, na medida que, a cada sessão, novo caso era apresentado, sem que se pudesse estar a par da evolução do caso anterior. Esta dinâmica provoca uma avaliação contraditória da Supervisão como estratégia de qualificação do cuidado de enfermagem, na medida em que, por haver grande demanda reprimida, há um certo “atropelamento”de relatos. Por outro lado, os casos relatados ficam limitados a retratos de situações que parecem ter cristalizado naquele problema apresentado.

Aprendizado teórico, aprendizado intuitivo

Neste estudo buscamos compreender as dificuldades que as enfermeiras vivenciam na prática de enfermagem psiquiátrica, e temos claro que esta investigação não se propõe a generalizações. Observamos que as dificuldades existem e permeiam a prática assistencial.

. A idéia de um sujeito como encruzilhada de relatos e que ao mesmo tempo não consiste nunca na soma destes relatos foi fundamental como já vimos.

. A noção de desejo que lhe é solidária também tem sido essencial, pois, ao considerar o desejo como sempre desejo de algo além, diferente das demandas, pôde-se afastar a clivagem: aquilo que o paciente quer como indivíduo, que seria legítimo e aquilo que o paciente quer como doente, a que se deveria dizer não pois a resposta a esta demanda é o tratamento específico. Diante desta clivagem a única solução é a realização de um diagnóstico rápido e preciso o que leva a equipe a cobrar um tal diagnóstico e um tal tratamento ideal da equipe médica, sem sucesso.

. A idéia da psicose como uma ruptura da teia discursiva compartilhada, levando o paciente em seu trabalho de delírio a uma reconstrução do mundo. Foi o que permitiu que se propusesse a história do sujeito como elemento centralizador de nossos esforços, uma vez que, mesmo a história delirante representava um trabalho subjetivo a ser valorizado, pois estruturante.

Diante desses fatos acreditamos que existe uma necessidade em construir uma “clínica de enfermagem psiquiátrica”, com profissionais atuantes na prática e empenhados em buscar o saber, valorizando as oportunidades de enriquecimento que surgem em seus campos de trabalho, como por exemplo, as reuniões de Supervisão de Enfermagem.

Ainda que as reuniões de Supervisão não proporcionem um acompanhamento adequado dos casos discutidos nas sessões, acreditamos que sua realização é importante para os profissionais, no mínimo, como um lugar de acolhimento de suas demandas. “O fato de discutir as situações que ocorrem no hospital pode não somente propiciar uma atitude de mais aceitação em relação a determinado cliente, como também ser favorável aos demais, que por estarem entendendo e ajudando o colega, estarão assumindo um papel menos “louco”, mais próximo da enfermagem.”(ROCHA,1994,p.75).

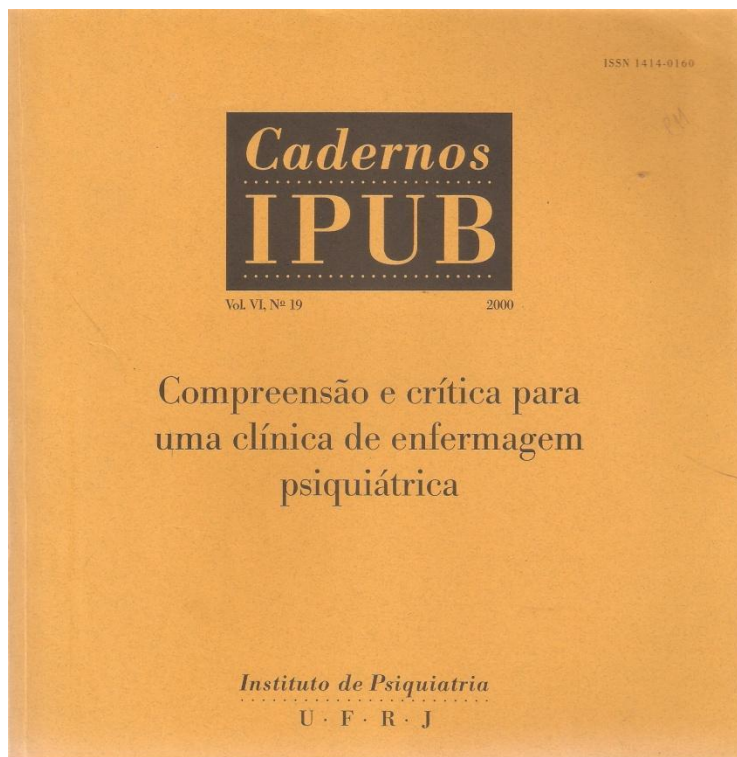
Os conceitos psicanalíticos orientaram o trabalho dos psicanalistas sem entretanto term sido objeto de transmissão conceitual na supervisão. Tratou-se de um ensino, se ensino foi, eminentemente prático. Com efeito os enfermeiros foram adquirindo noções como a de sujeito, desejo, psicose e delírio e psicose segundo a leitura lacaniano de Freud, sem que um ensino formalizado desta leitura fosse instituído. Em um segundo tempo julganmos apropriado estabelecer um curso de introdução à psicanálise para que estas noções não ficassem apenas em um nível puramente intuitivo, o que talvez permitisse que os enfermeiros pudessem, eles mesmos, uma vez objetivados os conhecimentos adquiridos intuitivamente, serem elementos de difusão do modo psicanalítico de trabalho com os pacientes psicóticos.

Se considerarmos que esta experiência de Supervisão de enfermagem em hospital psiquiátrico é única no Brasil e vem sido, de maneira formalmente autorizada, transportada para outras instituições psiquiátricas da rede SUS do Rio de Janeiro, como modelo de estratégia para se trabalhar com a enfermagem, no sentido de atender às exigências de

assistência propostas pela Reforma Psiquiátrica, é instigante pensar como reproduzir este espaço de discussão.

BIBLIOGRAFIA

- BECKER, Lúcia Colomé. Banalização do Sofrimento à sua Re-significação ética na organização do trabalho. Tese de Doutorado. Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- BECKER, Howard S. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. 2º edição. São Paulo. Hucitec, 1994.
- FRAGA, Maria de Nazaré de O. A Prática de Enfermagem Psiquiátrica: Subordinação e Resistência. São Paulo. Cortez, 1993.
- GIL, Antônio Carlos, Métodos e Técnicas de Pesquisa Social, 5ª edição, Editora Atlas, São Paulo, 1999.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina e VIEIRA, Marcus André, “A supervisão: do saber sobre a psicanálise ao saber psicanalítico”, *Cadernos do IPUB n° 9*, 1998.
- GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- KYES, Joan J, Hofling, Charles K. Conceitos Básicos em Enfermagem Psiquiátrica. 4ª ed Rio de Janeiro. Interamericana, 1985.
- LOYOLA, Cristina Miranda O Parentesco Imaginário. São Paulo, Cortez, 1994.
- LOYOLA, Cristina Miranda. Os Doces Corpos do Hospital. As enfermeiras e o poder Institucional na estrutura hospitalar. Tese de Mestrado, 1984. IFCS/UFRJ.
- MINAYO, Maria Cecília de S O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 6ª edição. São Paulo. Hucitec-Abrasco, 1999.
- MANZOLLI, Maria C., et all, CARVALHO, Emília C de, RODRIGUES, Antônio R. F. Psicologia em Enfermagem. São Paulo, Savier, 1981.
- PITTA, Ana. Hospital, dor e morte como ofício. São Paulo. Ed. Hucitec, 1990.
- ROCHA, Ruth Milyus. Enfermagem Psiquiátrica, Que papel é este? Rio de Janeiro, Instituto Franco Baglia/ Editora Te Corá, 1994.
- SILVA, Edith Seligmann. Desgaste mental no trabalho dominado. Rio de Janeiro. Editora UFRJ; Cortez Editora, 1994.
- TAVARES, Cláudia Mara de Melo. A imaginação criadora com Perspectiva do Cuidar na Enfermagem Psiquiátrica. Tese de Doutorado, RJ. Dezembro, 1998, EEAN/UFRJ.
- TAYLOR, Cecília Monat. Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica. 13ª edição, Porto Alegre. Artes Médicas, 1992.
- TRAVELBEE, Joyce. Intervención en Enfermaria Psiquiátrica: el proceso de la relacion de persona a persona. Cali, Colômbia. Carvajal, 1979.



REITOR

*José Henrique Vilhena de Paiva*DECANO DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Sérgio Eduardo Longo Pracalanza

DIRETOR DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA

João Ferreira da Silva Filho

VICE-DIRETOR

João Romildo Bueno

APOIO

Fundação Universitária José Bonifácio - FUJB

EDITOR

Ana Cristina Figueiredo

EDITORES DESTE NÚMERO

Cristina Maria Loyola Miranda e Ruth Myllus Rocha

COMISSÃO DE EDIÇÃO

Ana Teresa Venancio, Norma Maria Camarua Espínola e Fernando Tenório

CONSELHO EDITORIAL

Alfredo Schechtman (Ministério da Saúde), Ana Maria Pitta (Universidade de São Paulo), Annette Leibing (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Benedetto Saraceno (World Health Organization), Bianca Telles Ribeiro (Harvard University), Céline Mercier (McGill University), Cristina Loyola Miranda (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Gilles Bibeau (Université de Montréal), Horst Dilling (Medizinische Universität zu Lübeck), João Ferreira da Silva Filho (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Naomar Almeida Filho (Universidade Federal da Bahia), Pedro Gabriel Godinho Delgado (Ministério da Saúde), Robert Castel (Conseil National de Recherches Scientifiques - CNRS), Sherrine Njaine Borges (Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto)

EDITORIAÇÃO

Gláucia Aguiar

REVISÃO

Luiz Teixeira

PROJETO GRÁFICO

*Gustavo Meyer*Cadernos IPUB: nº 19, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB,
2000, n.º 1 (1995)Vol. VI
Quadrimestral1. Enfermagem Psiquiátrica 2. Saúde Mental 3. Práticas
TerapêuticasI. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto
de Psiquiatria.ISSN 1414-0160
CDD 616.89
CDU 616.89INSTITUTO DE PSIQUIATRIA - IPUB
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ
Av. Venâncio Brás, 71 (fundos)
22290-140, Rio de Janeiro, RJ
Tel.: (+21) 295-3449
Fax: (+21) 543-3101
<http://www.ufrj.br/ipub>
e-mail: cadipub@ipub.ufrj.br

Sumário

Apresentação - <i>Cristina Maria Loyola</i>	7
Instituição, psicanálise e enfermagem em saúde mental: boas novas? - <i>Juliana Meirelles Motta</i>	11
O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental : novos rumos ?- <i>Débora Isane Ratner Kirschbaum</i>	15
Cuidando de quem cuida: uma experiência de supervisão em enfermagem - <i>Cristina M. Loyola Miranda, Ana Cristina Figueiredo e Marcus André Vieira</i>	37
Vicissitudes do cuidar - <i>Virgínia Lúcia Reis Maffioletti</i>	54
Marcas de um trabalho: cenários e recortes - <i>Rosa Maria Carvalhal Silva Maranhão</i>	67
Atos da palavra: linguagem, trabalho e loucura - <i>João Ferreira da Silva Filho</i>	89
Coexistência de caminhos: um estudo sobre pluralismo terapêutico - <i>Ruth Mylius Rocha</i>	96
A representação da sexualidade junto às trabalhadoras de nível médio em saúde mental - <i>Pilar Belmonte</i>	113
O curador ferido - o paradoxo na arte de cuidar - <i>Célia Caldeira F. Kestenberg</i>	121
Formando especialistas em enfermagem psiquiátrica e saúde mental por mais de duas décadas - <i>Antonia Regina F. Furegato e Toyoko Saeki</i>	128