

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
COMISSÃO DE GRADUAÇÃO  
DISCIPLINA ESTÁGIO CURRICULAR – ENF 99003

**PROJETO ASSISTENCIAL:  
OFICINAS DE SENSIBILIZAÇÃO PARA O  
ACOLHIMENTO**

Acadêmica: Juciléia Thomas

Porto Alegre, setembro, 2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
COMISSÃO DE GRADUAÇÃO  
DISCIPLINA ESTÁGIO CURRICULAR – ENF 99003

**PROJETO ASSISTENCIAL:  
OFICINAS DE SENSIBILIZAÇÃO PARA O  
ACOLHIMENTO**

Acadêmica: Juciléia Thomas<sup>1</sup>

Orientadora: Eglê Rejane Kohlrausch<sup>2</sup>

Porto Alegre, setembro, 2002

---

<sup>1</sup> Acadêmica do 9º Semestre de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<sup>2</sup> Mestre em Enfermagem. Integrante do Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem.

## AGRADECIMENTOS

Às pessoas que contribuíram de alguma forma para que este trabalho se realizasse:

À Professora Mestre Eglê Rejane Kohlrausch, orientadora, por me ensinar a ser enfermeira e a enxergar a vida de uma forma mais sensível. Além disso, agradecer a dedicação, o estímulo, o apoio, a amizade e a parceria.

Às Enfermeiras e Técnicos de Enfermagem do 4º N pelo acolhimento, confiança e aprendizado, sem os quais este trabalho não teria se realizado.

Às colegas da graduação pela amizade e companherismo.

À minha família pelo incentivo, carinho, amor e por terem sempre palavras de conforto para as horas difíceis.

À Deus por me dar saúde e me permitir viver.

*“E que a minha loucura seja perdoada...*

*Porque metade de mim é amor....*

*E a outra metade.... também”.*

*(Oswaldo Montenegro)*

## SUMÁRIO

1 APRESENTANDO A TEMÁTICA .....	06
2 ENTENDENDO O HOSPITAL INSERIDO NOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS .....	10
3 NECESSIDADE DE ACOLHER .....	13
4 PERCORRENDO O CAMINHO METODOLÓGICO .....	19
5 APRESENTANDO AS OFICINAS .....	22
5.1 Iniciando a discussão sobre a necessidade de acolher .....	23
5.2 Acolher o que é diferente .....	24
5.3 Lidar com o desconhecido .....	25
5.4 Como me imagino numa unidade de internação psiquiátrica .....	26
6 REFLETINDO SOBRE O ACOLHIMENTO .....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	44
ANEXOS	

## **1 APRESENTANDO A TEMÁTICA**

A instituição do Sistema Único de Saúde, na Constituição de 1988, preconiza o indivíduo como centro das ações de saúde e os trabalhadores da saúde mais perto dos clientes, deixando em segundo plano a assistência técnico-administrativa, de modo a escutar os sentimentos e as necessidades básicas do cliente. Este por sua vez, passa a ser um cidadão que fala, deseja, julga e se torna sujeito no seu processo de recuperação e cura (Constituição Federal de 1988; Merhy, 1997; Silva Júnior, 1998).

Surge então a necessidade de formar um vínculo, que segundo Ramos (2001) é o estabelecimento de um laço de responsabilidade e compromisso entre cliente/trabalhador/serviço, valorizando as necessidades trazidas e podendo, desta forma, diminuir o sofrimento e entender o processo de adoecer do cliente. Para os trabalhadores, propicia uma maneira de repensar o cuidado como individual, sem preconceitos estabelecidos, responsável, permitindo o acesso ao serviço de saúde humanizado, multiprofissional, que se responsabiliza em escutar e resolver o problema do cliente. Para o serviço, deixa de lado o modelo médico-assistencial para deslocar-se para uma equipe multiprofissional, a qual seria formada pelas diferentes categorias

profissionais e suas especialidades, para que a união destas áreas garanta a integralidade do atendimento (Merhy, 1997; Silva Junior, 1998; Franco, Bueno, Merhy, 1999).

Estes pensamentos reforçam a visão que temos sobre a necessidade do acolhimento nos serviços hospitalares que integram o SUS. Essa atividade é constituída da escuta das demandas e necessidades trazidas pelo cliente, avaliação das situações apresentadas a partir de critérios de risco, para a definição das condutas a serem tomadas. Na área de psiquiatria em especial, sentir-se acolhido durante a internação hospitalar é essencial para o desenrolar do tratamento e reabilitação.

A internação psiquiátrica é um momento muito difícil para o cliente, pois ele se encontra em um local estranho, onde tem pessoas desconhecidas, com normas e rotinas a seguir. O indivíduo é inserido em um ambiente onde as pessoas possuem formas e rotinas de trabalhar, e é ele que deverá se moldar ao funcionamento da unidade. Este momento é fundamental para o ser cuidado, uma vez que este evento pode repercutir em sua qualidade de vida e na forma como irá vivenciá-lo (Kohlrausch, 2000). Acolher, neste espaço, é fundamental.

Neste momento, é importante definir o que é acolhimento. Segundo Ferreira (1986) acolhimento significa ato ou efeito de acolher; atenção, consideração; refúgio, abrigo, agasalho.

Para Merhy (1997), o acolhimento compreende a humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com os clientes. O encontro entre trabalhador de

saúde e o cliente se dá num espaço intercessor (Franco, Bueno, Merhy, 1999), no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constitui vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço intercessor permite que o trabalhador em saúde use sua principal tecnologia, o saber, tratando o cliente como sujeito portador e criador de direitos. A abordagem ao cliente deixaria então de caracterizar-se por uma frieza aparentemente científica, e a relação então estaria centrada na valorização dos atos e procedimentos em si. O cuidado no dia a dia é construído através das interações.

O objetivo da intervenção é o controle do sofrimento ou a produção da saúde, sempre realizando um ato terapêutico, onde o cliente é o objeto e ator central (Waldow; Lopes; Meyer, 1995).

Acreditamos que nem sempre as equipes estão atentas e preparadas para que suas interações se traduzam em atos terapêuticos. Vemos exemplos disto no cotidiano das internações hospitalares, onde ao se observar a relação entre os técnicos de enfermagem e os clientes, percebemos que, às vezes, é difícil interromper uma tarefa para dar atenção, existe demora no atendimento, as queixas não são valorizadas ou a falta de paciência e compreensão para escutar a reclamação e entender o sofrimento do cliente.

Neste sentido, identificamos que algo precisa ser feito para que haja a possibilidade de que esta realidade seja modificada, e se dê realmente o cuidado humanizado.

Segundo Waldow (1998, p. 129) cuidado humanizado é entendido da seguinte forma: “Cuidar é, prioritariamente, aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade, facilitar meios para manejar com crises e com experiências do viver e do morrer”.

Então, fundamentada nestas idéias e na nossa visão de mundo, vamos descrever o processo de implantação de oficinas de sensibilização com os técnicos de enfermagem para o acolhimento na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, local onde desenvolvemos a prática de campo da Disciplina Estágio Curricular, do 9º semestre do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS).

Pretendemos, através deste projeto convergente-assistencial, contribuir e colaborar com o processo de trabalho realizado neste Serviço, uma vez que a Chefia do Serviço de Enfermagem Psiquiátrica solicitou que fosse desenvolvida alguma atividade de acolhimento com os técnicos de enfermagem, trazendo informações atuais, sensibilizando e realizando um trabalho em conjunto com estes profissionais, com a intenção de contribuir para a humanização do cuidado ao cliente psiquiátrico.

## **2 ENTENDENDO O HOSPITAL INSERIDO NOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS**

Com a VIII Conferência Nacional de Saúde é que ocorreu a aprovação da Reforma Sanitária, e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988.

A Carta Magna de 1988 garante a saúde como direito de todos e um dever do Estado, tendo os usuários acesso igualitário e universal às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. As instituições privadas têm sua participação de forma a complementar os serviços do SUS, segundo as diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fim lucrativos (Constituição Federal, Art. 196,198,199; Lei n 8.080, Cap. I, Art.31, 1988).

Os princípios básicos do SUS são a descentralização, com delegação de poderes para níveis estatal e municipal, tendo atendimento integral, com maior enfoque nas atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e da participação da comunidade (Constituição Federal, 1988).

Com a implantação do SUS no Brasil ocorreu a municipalização da saúde, ou seja, cada município é responsável em administrar e aplicar o dinheiro arrecadado. O SUS é financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com participação dos órgãos da previdência social e da assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (Constituição Federal, 1988).

O SUS preconiza também a hierarquização que diz respeito a desospitalização, ou seja, as primeiras ações de saúde devem ser resolvidas na unidade de saúde, com suas especialidades e profissionais capacitados para atender as necessidades dos indivíduos, propiciando o crescimento e a formação de sujeitos autônomos. O acolhimento possibilita que os trabalhadores do serviço de saúde dêem informações de saúde para que os clientes possam resolver suas queixas mais simples sem precisar superlotar o serviço.

Os hospitais, que são unidades de maior complexidade tecnológica, servem para dar apoio, e só devem ser encaminhados os problemas que ultrapassem as possibilidades assistenciais da rede básica de saúde. Ambos se relacionam através da referência e contra-referência, que hoje ainda está em processo de implantação em Porto Alegre (Silva Junior, 1998).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é um hospital geral, suprindo, portanto, todas especialidades sem que o cliente precise sair de dentro dele, atingindo desta forma a integralidade exigida pelo SUS. O cliente que interna tem à disposição

vários serviços que integram o atendimento como o serviço de nutrição, serviço social, enfermagem, medicina, psicologia, higienização, recreação, farmácia, laboratório, centro cirúrgico ambulatorial, hemodinâmica, tomografia e demais setores que podem estar contemplando um hospital de nível terciário.

Dentro desta perspectiva, os clientes que são encaminhados para internação psiquiátrica são pessoas que não podem, momentaneamente, viver e conviver em sociedade por apresentarem risco para si próprio e para outras pessoas, precisando de proteção e cuidado intenso de sua saúde. Este cuidado é prestado dentro dos vários serviços hospitalares que recebem clientes em sofrimento psíquico.

Dentro da Unidade de Internação Psiquiátrica do HCPA, o acolhimento se inicia no primeiro dia de internação, na admissão do cliente, onde a equipe estabelece um vínculo terapêutico com a intenção de diminuir a ansiedade da internação, orienta os familiares e o cliente quanto às normas e rotinas da unidade de internação e é apresentado ao técnico de enfermagem que irá recebê-lo. A partir daí, a ação de acolher deve ser continuada e praticada durante todos os dias em que o cliente estiver internado até sua alta hospitalar.

### 3 NECESSIDADE DE ACOLHER

A necessidade de promover o acolhimento é um fator primordial no trabalho de saúde para permitir, ao cliente e ao trabalhador de saúde, a compreender-se mutuamente, um realizando o trabalho com competência, responsabilidade e compreensão com a saúde do indivíduo, e o outro entender-se como cidadão que participa do seu processo de cura/educação, para promoção de sua saúde como um direito seu, e o Serviço tem o dever de permitir o acesso integral ao sistema único de saúde de forma hierarquizada (Franco, Bueno, Merhy, 1999; Merhy, 1997).

Quando se fala em acesso integral entende-se que é ter a possibilidade de entrar em contato com o serviço de saúde e com os profissionais envolvidos. Isto pode ser facilitado ou dificultado. No caso da internação psiquiátrica, o tempo que o cliente espera para obter leito, a priorização das situações de risco, urgências e/ou emergências, respostas obtidas para demanda individual e coletiva, e a possibilidade de continuar o acompanhamento ambulatorial no mesmo serviço (Ramos, 2001).

Nesta perspectiva, o vínculo e a responsabilidade andam juntos, pois o primeiro deve ser personalizado para cada cliente, e é uma responsabilidade que cada

trabalhador de saúde deve ter, escolhendo a melhor conduta terapêutica para as questões de saúde trazidas. Para que o trabalhador faça este contato interpessoal ele deve ser sensibilizado, convencido e motivado a realizar esta nova proposta de trabalho, isto é fundamental para o sucesso do acolhimento em saúde (Silva Júnior, 1998; Franco, Bueno e Merhy, 1999), e saber que seu trabalho tem um grande significado, reconhecimento dentro do sistema de saúde.

Por isto, Campos (1994) ressalta a importância do vínculo de acolhida, que traduz uma necessidade da equipe de saúde de responsabilizar-se pelos problemas de saúde, que leva ao atendimento integral da saúde coletiva e individual. Neste sentido, existe a necessidade de se entender o termo plasticidade, que reflete a capacidade do profissional modificar, adaptar técnicas, tarefas e atividades, conforme os problemas trazidos pelos clientes, a fim de realizar o melhor cuidado (Kohlrausch, 1999).

Dentro deste referencial, para que se forme um vínculo e se faça um cuidado humanizado, é preciso que profissional e o cliente falem a mesma língua, ou seja, que um compreenda o outro. O processo de comunicação é fundamental para este entendimento. Não existe um caminho pronto, no entanto, algumas barreiras devem ser desfeitas para que a comunicação seja efetiva.

As pessoas com conhecimentos e vivências diferentes costumam perceber um mesmo problema de formas diferentes. Neste caso, é pertinente ter empatia, ver a situação segundo o ponto de vista de outra pessoa, estimular que as pessoas façam perguntas até sanar suas dúvidas. As palavras devem significar a mesma coisa, por

exemplo, pessoas com conhecimentos especializados costumam usar palavras que outros não estão familiarizados, dificultando o entendimento. É importante usar linguagem simples, natural e direta, e pedir que a pessoa que recebe a informação repita a mensagem para verificar o entendimento da mesma. Outro fator de dificuldade é o barulho, ele pode perturbar, interferir, confundir a comunicação, portanto é bom, se possível, eliminá-lo, caso não seja possível, aumentar a clareza e a força da mensagem, ou então evitar ambientes que distraiam (Stoner; Freeman, 1999).

A eficácia na comunicação verbal acaba por provocar uma mudança no modo de pensar, sentir ou atuar de uma pessoa. A comunicação precisa se tornar terapêutica se quisermos ajudar o usuário. A comunicação terapêutica caracteriza-se por:

*“... provocar mudança na forma de comunicação do cliente, para que ele consiga desenvolver relações mais gratificantes com os outros, esclarecer seus conflitos, tornar-se capaz de enfrentar seus problemas e ajustar-se ao que não pode ser mudado.”*(Stefanelli, 1983, p.103)

Além de ter uma comunicação adequada, deve-se falar em humanização, pois no acolhimento isto se faz necessário.

*“Para humanizar a relação serviço x profissional x usuário não basta considerar a questão da responsabilidade, do respeito, pressupostos para a realização da assistência. É necessário ultrapassar essa visão “afetuosa” da atenção e discutir o modo como os trabalhadores se relacionam com seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento de indivíduos.”*(Leite; Maia; Sena, 1999, p.163)

Quando se fala em “... *modo como se relacionam com seu principal objeto de trabalho – a vida...*”, temos que levar em conta a cultura destes trabalhadores e clientes. Destacam-se crenças e valores culturais de cada pessoa, pois são elas que determinam as decisões, orientam pensamentos e ações, de maneira padronizada. É a cultura que determina o significado de saúde, doença, cuidado e morte. Justifica-se, então, a obrigatoriedade da enfermagem trabalhar com cuidado cultural, pois oferece assistência e cuida de pessoas com várias culturas diferentes (George, 1993).

O cuidado cultural pode ser entendido como :

*“Os valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidos, que auxiliam, dão apoio ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o bem-estar, a melhorar a condição ou vida humana ou a enfrentar a morte e as deficiências.”* (George, 1993, p.288)

Por isto, a equipe de enfermagem, deve acolher, escutar, atender bem, perceber as necessidades do cliente, proporcionando segurança, realizando manejos e procedimentos mais adequados para cada situação apresentada.

Para que isto possa se dar, é necessário que os técnicos de enfermagem estejam sensíveis para esta abordagem no trabalho. A sensibilização tem o propósito de levar o cuidador a experienciar, a viver situações de acolhimento e aprender a conhecer-se como ser humano (Vianna, 2000).

Pensando nisso, Pereira (1995) fala que cada pessoa vê, percebe e vive o mundo levando em consideração sua experiência de vida e que esta experiência afeta como olhamos as coisas e como falamos sobre elas.

Essa sensibilização é de fundamental importância, pois o cuidador precisa se conhecer para que possa entender o que o outro sente. É a partir de suas reflexões que conseguirá perceber quais suas limitações, e em que acredita. Desta forma poderá realizar o acolhimento na real acepção da palavra, ajudando num momento de desorganização e de crise vivenciado pelo cliente.

Com isto, poderá se definir as atribuições de cada um dentro do serviço, segundo proposto na legislação própria que regulamenta seu exercício profissional. A equipe de enfermagem terá mais autonomia na função que exerce, mais responsabilidade sobre suas ações (Franco; Bueno; Merhy, 1999). Os técnicos, por sua vez, também serão responsabilizados por suas intervenções junto à clientela, resgatando a importância de seu trabalho na equipe.

Desta forma, acreditamos que, dentro desta perspectiva de autonomia e responsabilidade, podem ser criados espaços de acolher, seja o cliente do serviço de saúde, seja o próprio trabalhador, e a enfermeira tem a possibilidade de exercitar-se dentro deste espaço, promovendo atividades que capacitem os técnicos de enfermagem a trabalhar dentro desta perspectiva.

Este processo de capacitação contribui para que o profissional se motive a estar sempre em constante atualização de seus conhecimentos, ajudando a equipe a obter seus objetivos junto ao cliente.

#### 4 PERCORRENDO O CAMINHO METODOLÓGICO

O presente estudo se caracterizou por estar fundamentado nos pressupostos do projeto assistencial. Este referencial provem do método de Pesquisa Convergente-Assistencial, descrito por Trentini e Paim (1999).

A Pesquisa Convergente-Assistencial :

*“... mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social; este tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado”* (Trentini e Paim, 1999, p. 26 e 27).

Este projeto assistencial foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no 4º andar Norte, na Unidade de Internação Psiquiátrica. Foi implantado na forma de oficinas de sensibilização para o acolhimento. Foram quatro oficinas de sensibilização ao todo.

A oficina pode ser considerada como um momento de aprendizagem, descobertas, de trabalho, lugar de vida que ressalta a essência da atividade humana, que

cria, sente e pensa, como elementos que podem ser aprendidos através do cotidiano da vivência e da explicação do senso comum (Araújo, 1998). Elas foram realizadas durante quatro quintas-feiras consecutivas, pela manhã, com duração de cinquenta minutos. Os técnicos de enfermagem que participaram deste estudo foram aqueles que estavam trabalhando no turno da manhã na Unidade de Internação Psiquiátrica, e que concordaram em realizar as oficinas. O convite para participarem da atividade foi realizado durante uma reunião de equipe.

Para a coleta das informações, foi utilizado o registro do conteúdo das oficinas, através de gravação das falas dos participantes. Após a realização das mesmas, foram transcritas, na íntegra, e organizadas com o auxílio de um microcomputador. As fitas foram desgravadas após a transcrição.

Para preservar os aspectos éticos, foi elaborado um consentimento informado, onde foram descritos os objetivos do trabalho, e os técnicos de enfermagem tiveram o direito de participar ou não, sem que isto interferisse em seu processo de trabalho, avaliação e desempenho. Este consentimento foi emitido em duas vias, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora. Foi garantido a estes o sigilo e o anonimato em relação a seus dados de identificação, sendo solicitada permissão para que as informações pudessem ser divulgadas e/ou publicadas.

Também com o objetivo de garantir os aspectos éticos, este projeto só foi executado depois de aprovado pela Comissão de Ética do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Parecer número 02-303).

No processo de análise das informações coletadas, os achados foram discutidos à luz da literatura da área de saúde mental e saúde coletiva, permitindo estabelecer uma relação dialógica entre o que é preconizado na literatura e o que se encontra no cotidiano, no que se refere à necessidade de acolher e estabelecer vínculos, permitindo apontar a competência (o conhecimento sobre o tema), a habilidade (o saber fazer), e a atitude (o saber ser) dos técnicos de enfermagem em relação a este tema.

## **5 APRESENTANDO AS OFICINAS**

Cada oficina de sensibilização teve uma técnica com metas distintas, visando, ao final dos quatro encontros, ter sensibilizado os técnicos de enfermagem para o acolhimento. A primeira oficina teve por meta iniciar a discussão sobre a necessidade de acolher; a segunda versou sobre as relações interpessoais e os afetos interferindo na aproximação com a clientela; a terceira trabalhou com o ato de acolher o que é desconhecido: a sintomatologia, os diferentes, os comportamentos que não compreendemos; e a quarta oficina abordou os sentimentos gerados pela experiência de internação em uma unidade psiquiátrica.

Utilizamos o recurso pedagógico da problematização. Segundo Bordenave (1993), com esta técnica podemos buscar a realidade do dia a dia dos profissionais (no caso, a necessidade de acolher), através de uma dinâmica, que gera percepções e sentimentos (sensibilização). Com isto, apareceram as facilidades e dificuldades enfrentadas pelos técnicos de enfermagem, relacionadas ao cuidado, que podem interferir no processo de acolhimento. Foram discutidas hipóteses de solução e encaminhamento para estas dificuldades e facilidades, fundamentadas no que preconiza

a literatura (teorização). Voltando a realidade vivida (o cotidiano do trabalho), foi possível refletir para melhorar e modificar a forma de acolher.

#### 5.1 Iniciando a discussão sobre a necessidade de acolher

A primeira oficina iniciou com a distribuição do consentimento informado a cada um dos participantes. Foram feitas as combinações para a realização da oficina: os cinco participantes foram informados quanto à importância do consentimento informado, duração da oficina, e o uso do microgravador. Foi mantida uma música de fundo para facilitar a realização da atividade.

No primeiro momento, ocorreram dois minutos de relaxamento, onde realizamos três seqüências de alongamentos com os técnicos de enfermagem, sendo um individual e dois em dupla, com o propósito de descontrair e aproximar o grupo que estava prestes a iniciar o trabalho.

No segundo momento, propusemos uma dinâmica que pode ser chamada “técnica da lata de lixo”. Os técnicos de enfermagem sentaram em círculo, com uma lata de lixo no meio, e tiveram que responder três perguntas, em três pedaços de papéis distintos, que representavam prioridades em suas vidas. Foi criada uma situação em que eles precisariam se desfazer destes bens, colocando-os no lixo. As três perguntas foram: o que é mais importante na minha vida?; o que eu não poderia viver sem?; qual a minha pedra preciosa?

Houve um cuidado de deixar um intervalo entre cada uma delas, para que pudessem pensar e responder. Cada vez que precisaram descartar seus papéis, ocorreram resistências pessoais em desprezá-las.

Num terceiro momento, foram questionados sobre os sentimentos que surgiram ao se desfazem de suas prioridades, e estimulados a pensar sobre porque é tão difícil fazer isso. Os sentimentos que apareceram foram relacionados com a realidade das pessoas que ficam internadas na unidade psiquiátrica que, muitas vezes, sem poder escolher, deixam suas vidas e modificam a forma de viver.

Num quarto momento trouxemos a teoria sobre o que é acolher, podendo desta forma entender o seu significado, de acordo com a realidade enfrentada todos os dias na unidade de internação.

## 5.2 Acolher o que é diferente

A segunda oficina teve como dinâmica a “técnica do novelo de lã”, onde cada participante recebeu um novelo de lã. Colocados em círculo, deveriam jogar o novelo um para o outro, mas cada vez que jogassem deveriam ficar segurando uma ponta da lã, formando uma rede.

Esta técnica proporcionou um momento de descontração entre os técnicos que se divertiram realizando a tarefa. Ao final, algumas pessoas receberam mais fios do que outras. A pessoa que recebeu mais fios foi perguntada que características ela achava que

possuía para ter recebido mais fios, e a mesma pergunta foi lançada aos demais participantes. O mesmo se deu em relação a quem recebeu menos fios.

Através da técnica pudemos fazer uma interface com o trabalho desenvolvido na unidade, que tipo de cliente é mais fácil de cuidar, que características ele possui, e aquele considerado mais difícil de cuidar, que características possui.

### 5.3 Lidar com o desconhecido

Esta oficina se desenvolveu a partir da “técnica dos símbolos”. Cada técnico de enfermagem recebeu um pedaço de papel onde havia um símbolo que representava um diagnóstico médico, o qual eles só saberiam mais tarde. Após receberem o papel, cada participante deveria encenar o diagnóstico que ele achava que o símbolo representava, através dos sintomas.

Os símbolos que escolhemos foram o quadrado, o triângulo, a estrela e o círculo. O quadrado representava o retardo mental, o triângulo o transtorno de personalidade, a estrela o transtorno afetivo bipolar e círculo a esquizofrenia. Todos conseguiram executar a tarefa.

O mesmo acontece diariamente na unidade de internação, pois lidam com diferentes clientes e a meta era iniciar a discussão sobre se é necessário saber o diagnóstico médico para poderem realizar o acolhimento.

#### 5.4 Como me imagino numa unidade de internação psiquiátrica

Nesta oficina os técnicos de enfermagem deveriam imaginar que passaram por uma crise, seja qual for, não conseguiram resolvê-la, vieram a apresentar alguns riscos e precisaram ser internados numa unidade psiquiátrica. Decorrida uma semana desde a internação, precisaram escrever uma carta a uma pessoa muito querida, contando como é a internação psiquiátrica, como foram acolhidos pela equipe de enfermagem e quais sintomas estavam apresentando no dia da internação. O tempo para realizarem a tarefa foi de cinco minutos. Após todos terem terminado, leram suas cartas aos colegas de trabalho.

A intenção desta técnica era resgatar todos os aspectos discutidos durante as oficinas, fazendo com que os técnicos de enfermagem se colocassem no lugar da clientela recebida por eles na internação, proporcionando um momento de avaliação e reflexão.

## 6 REFLETINDO SOBRE O ACOLHIMENTO

Durante as quatro oficinas que foram desenvolvidas com os técnicos de enfermagem, procuramos através de técnicas diferentes, sensibilizá-los para o acolhimento, possibilitando uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido na unidade de internação psiquiátrica.

Para tanto, foi preciso primeiro perceberem o que ocorreu com eles, que sentimentos despertaram algumas situações vividas na internação, como o trabalho em equipe vem sendo desenvolvido, quais são as dificuldades e facilidades que enfrentam no dia a dia do trabalho.

Estas idéias encontram apoio em Irving (1979), que traz a importância do relacionamento entre a equipe de enfermagem e o cliente, na busca de situações de ajuda para suprir suas necessidades, de maneira que não traga sofrimento.

A equipe consegue isso através da relação de ajuda que mantém com ele, a partir do conforto e segurança, capacidade de perceber, sentir, observar, avaliar e reagir

da maneira mais adequada possível, em busca de satisfazer as necessidades apresentadas pelo cliente, aliviando seu sofrimento e proporcionando confiança.

No entanto, a equipe só poderá realizar este cuidado tendo conhecimento, compreensão e habilidade nas relações interpessoais. Não conseguindo ajudá-lo, poderá gerar um aumento do desconforto e ansiedade.

Na primeira oficina, o grupo apresentou resistências em refletir sobre o cuidado e o acolhimento em relação ao cliente, ao afirmarem que o trabalho deles é o melhor. Isso foi uma situação esperada, já que, segundo Pichón-Riviere (1986), o grupo encontrava-se na fase da pré-tarefa, quando ainda os membros de um grupo não conseguem se concentrar na tarefa proposta. Isto ocorre devido a dois medos básicos: o da perda do conhecido e o do ataque ao desconhecido. Este grupo evidenciou a superação destes medos e conseguiu se centralizar no conhecimento a ser adquirido (a tarefa explícita).

Os principais assuntos que apareceram durante as oficinas foram: dúvida no reconhecimento dos sintomas; a internação como um momento importante para o cliente e para eles; os clientes dão retorno quanto ao acolhimento; empatia; dificuldades e facilidades em acolher; a rotina no acolhimento; acolhimento dentro do grupo de cuidadores; quando não se estabelece o vínculo; situações de não acolhimento; diagnóstico médico como uma necessidade aparente; necessidade de educação continuada.

Em uma oficina expressaram que tinham bem claro o que é sintoma da doença e que a dúvida de saber o que é sintoma existe somente no início da profissão. Mas no decorrer dos outros encontros, algumas colocações demonstraram o contrário. Ao falarem que a alucinação de um esquizofrênico é muito mais real de uma pessoa com transtorno afetivo bipolar, pode-se perceber que não entendiam o sintoma.

Na prática, qualquer alucinação é real para quem a manifesta. Segundo Irving (1979), as alucinações representam uma deficiência do ego. Os clientes que apresentam este sintoma demonstram um prejuízo de realidade e são incapazes de distinguir seus pensamentos das percepções que ocorrem no ambiente.

Mesmo não conseguindo, às vezes, entender a dimensão do sintoma, os técnicos relataram que é preciso compreender o cliente para poder responder à dúvida trazida, e quando foge ao conhecimento deles, passam para a pessoa que vai poder tomar a decisão mais certa para a situação apresentada. Esse relato demonstra a capacidade de acolher, escutar, perceber e avaliar qual a melhor conduta a ser tomada em benefício da necessidade que o cliente traz, evitando o sofrimento e fortalecendo os laços de confiança, ainda que não consigam avaliar que forma adequada a intensidade do problema (Franco, Bueno, Mehry, 1999; Leite, Maia, Sena, 1999).

A capacidade de saber acolher está demonstrada quando os técnicos de enfermagem lembram de clientes que estiveram internados na unidade. Na reinternação, perguntam pelas pessoas que os ajudaram no momento de desorganização, e os confortaram com palavras. Os técnicos sentem que, muitas vezes, falam coisas que para

eles não tem nenhum significado, mas tem grande importância para quem ouve. Só foram capazes de perceberem isso refletindo sobre seus cuidados.

Neste caso percebe-se que a comunicação tem grande importância no acolhimento, pois ela quando efetiva pode ser terapêutica, resolve e orienta comportamentos. Numa relação de ajuda, um membro da equipe pode, em um encontro breve, causar um impacto duradouro e pode levar a um início do crescimento numa pessoa que esteja apresentando tensões psicológicas. Alguns profissionais não tem consciência de seu comportamento, ou como são percebidos por aqueles que cuidam, devido as sobrecargas de exigências no dia a dia de trabalho (Kyes e Hofling, 1985).

Para a comunicação ser efetiva é preciso ter *rapport*, empatia e saber ouvir. O *rapport* representa um sentimento de respeito mútuo, aceitação e compreensão da outra pessoa. Pode-se ter ou não ter *rapport*, vai depender do tipo de relação que se estabelece entre duas pessoas. A empatia é a compreensão que permite que a pessoa entenda como a outra pessoa se sente. É saber ouvir, e poder entender o que vem com as palavras, estar receptiva, sem preconceitos. Saber escutar é fundamental para entender o momento em que o cliente está passando e ajudá-lo (Irving, 1979).

O momento que consideram como de fundamental importância no acolhimento é o momento da internação do cliente. Os técnicos de enfermagem colocam que o cliente chega apavorado, assustado, em pânico, com medo, longe da família. Nesta situação eles procuram aproximar-se do cliente, tranquilizá-lo, mostrar a unidade e falar das rotinas.

Segundo Kyes e Hofling (1985) os clientes recém internados muitas vezes se vÊM numa situação estranha, e, por vezes, desconcertante. Eles passam a não controlar os mais simples eventos de sua vida. Muitas vezes são incapazes de atender suas necessidades básicas, dependendo de outras pessoas, e o espaço hospitalar é restrito e controlado.

Os cuidadores percebem através de suas experiências que o cliente faz um vínculo maior com quem o recebe na internação, pois acham que é a pessoa que transmite maior segurança. E o vínculo torna-se enfraquecido com aquele cliente que receberam depois de dois ou três dias.

Através da fala percebe-se isso:

*“...o paciente tem naquele profissional que nem um anjo da guarda, tem uma necessidade, dirige-se àquele que fez a internação, já aconteceu várias vezes comigo. Às vezes fica meses internado, e dizem que nunca esquecem quem foi a pessoa que o recebeu”* .(Oficina 4)

Segundo Irving (1979), os clientes procuram a equipe de enfermagem para o auxílio, em busca de alguém que se interesse de verdade por aquilo que sentem e sejam honestos. Quando estamos com dificuldades procuramos alguém que se interesse por nós. Com a honestidade vem a confiança.

Para Waldow (1995) honestidade é a coerência entre o que se faz e o que se sente, sentir a pessoa como ela é. Desta forma podendo contribuir para o crescimento

dela. Confiança representa confiar na outra pessoa dentro de seu próprio tempo e ritmo. A partir da honestidade e confiança forma-se o vínculo da acolhida.

O vínculo tem grande importância dentro do acolhimento. Ele só se estabelece quando o profissional se torna responsável pelo o cliente está trazendo ou manifestando. No momento da internação os técnicos, ao observarem a forma em que o cliente chega, tornam-se sensíveis e têm a capacidade de moldarem e adaptarem o seu cuidado ao indivíduo que chega. Mostrando, desta forma, que a plasticidade é de extrema importância para que o acolhimento ocorra com sucesso. Além da plasticidade existe a empatia.

Os técnicos referem que já estiveram internados ou que tiveram familiares nesta situação, e o que não querem para eles, não querem para seus clientes, querem poder acolher da melhor forma possível. Apesar de acharem que não sabem o que acontece com os clientes, eles imaginam. Segundo Ferreira (1986), a empatia “é a capacidade de sentir o que sentiria se estivesse em situação vivida por outra pessoa”. Waldow (1995) fala que não podemos cuidar sem refletir sobre nossos sentimentos, levar em conta as experiências vividas, a trajetória da vida de uma pessoa.

Segundo Vianna (2000) só cuida quem está disposto a trocar experiências e saberes, reagir, interagir, a se colocar com o outro. Por isso quando cuidamos de alguém, vamos, em várias vezes, nos identificar com situações vividas. Essas identificações poderão determinar nosso acolhimento em relação ao cliente, dependendo

dos sentimentos que nos despertarão. Estes sentimentos poderão demonstrar porque certos clientes são mais fáceis de acolher do que outros.

Os técnicos trouxeram dificuldades em acolherem clientes com depressão profunda. A falta de ânimo é muito complicado para os técnicos de enfermagem, porque falam e o cliente não responde, e quando respondem, a resposta demora para vir. Precisam ter muita paciência para acolher nesta situação. Um técnico de enfermagem comenta que esse tipo de cliente chega a causar uma certa irritabilidade, embora saiba que é característica da doença. Colocam que o cliente menos deprimido é mais fácil de conversar, de trabalhar e manejar.

Segundo Kyes e Hofling (1985) o humor destes clientes é de extrema melancolia. É esperado que deixem as pessoas a sua volta pouco à vontade, devido a incapacidade do cliente expressar o quanto está sofrendo. São difíceis de cuidar devido ao seus sentimentos de desesperança, apatia, falta de motivação, hipoatividade, idéias de ruína e de desvalia. Nem sempre é fácil dar carinho e cuidado pessoais a uma pessoa que não responde e se isola. A equipe pode sentir-se irritada, magoar-se com o cliente ou temer a rejeição (Stuart; Laraia, 2001).

É comum que a equipe se afaste ou fique irritada devido aos seus próprios sentimentos de impotência frente aos sintomas do cliente. Essa atitude reforça a falta de amor próprio e o sentimento de desvalia do cliente (Kyes e Hofling, 1985).

É preciso desenvolver a atitude de acolher tendo a capacidade de ficar com o cliente, tolerar silêncios, permitir o choro, fazer por ele aquelas tarefas que no momento é incapaz de fazer sozinho. É preciso calma e paciência para ajudá-los, pois cada movimento ou palavra exige um esforço e um tempo excessivo. Os cuidadores devem aprender a ouvir o tom dos sentimentos nas palavras do cliente, então o profissional de enfermagem poderá responder a sua necessidade e não vai, devido a sua própria ansiedade, recair em consolos vazios ou ameaças irritadas, que só servem para aumentar a depressão do cliente (Kyes e Hofling, 1985; Taylor, 1992).

Os clientes com transtorno de personalidade, principalmente em relação às condutas de dissociação, originadas pelo mecanismo de clivagem, afirmam não terem dificuldades. Esta afirmação se justifica pela união do grupo e por conhecerem as rotinas da unidade. Existe confiança entre eles, não colocam em dúvida o trabalho dos colegas. Não sentem rechaço ou raiva, porque consideram um sintoma do cliente e colocam que eles sempre vão tentar ganhar algo para seu benefício, acham que isso é uma coisa inerente no ser humano e que eles tentam.

Percebe-se que a equipe de enfermagem trabalha em função do bem estar do cliente. Geralmente, no grupo seus componentes vão sempre se relacionar uns com os outros em função da tarefa proposta, acolher o cliente. Portanto, os relacionamentos no grupo de trabalho podem e interferem no acolhimento (Taylor, 1992).

Segundo Taylor (1992) a equipe precisa estar alerta para evitar conflitos que possam ocorrer entre os membros da equipe. A equipe deve conscientizar sobre o

comportamento do cliente para evitar que ele manipule a equipe, jogando uns contra os outros, e ter uma forma unificada de cuidar e manejar. Propiciando, desta forma, que haja um crescimento individual e coletivo.

O grupo de técnicos de enfermagem, nas quatro oficinas desenvolvidas, mencionou a relação deles no ambiente de trabalho como sendo de confiança. Relatam que, quando não conseguem manejar uma situação que o cliente esteja apresentando, eles têm, sempre, a possibilidade de pedir ajuda entre si. Quando existe a dúvida, têm total liberdade de perguntar. Muitas vezes, percebem que o colega está precisando de ajudam, e sentem-se amadurecidos. Afirmam que esse tipo de comportamento faz com que acolham bem seus clientes.

Além de acolherem os clientes, acolhem-se como grupo de trabalho, uma vez que o grupo consegue ouvir e sentir as dificuldades de seus integrantes. Há um vínculo e uma responsabilidade com trabalho desenvolvido na unidade de internação, que é acolher, e há a capacidade de se sensibilizar com o colega.

Irving (1979) coloca como deve ser o trabalho de equipe: útil ou terapêutico. A equipe deve permitir que seus componentes expressem-se e dividam seus sentimentos, pensamentos e reações.

A capacidade de acolher existe quando conseguem perceber o colega e ajudá-lo a resolver a necessidade que esteja demonstrando, ou entender a fragilidade dele perante alguma situação que possa trazer sofrimento. Desta forma, estabelecem uma relação

humanizada, mantendo o cliente no centro do cuidado, e tentam evitar a dissociação na equipe, o que poderia gerar conflitos e prejudicar o acolhimento.

O acolhimento algumas vezes pode ser beneficiado pelas rotinas da unidade de internação, outras vezes nem tanto. Os técnicos de enfermagem trouxeram, em uma das oficinas, uma situação de não acolhimento relacionada a rotina da unidade.

A fala de um dos técnicos de enfermagem mostra isso:

*“...o paciente entra e não pode se despedir, ah eu quero voltar para se despedir da minha mãe, do meu marido, da minha mulher, não pode, já está internado...”* (Oficina 1)

Os técnicos de enfermagem percebem como um momento muito importante para o cliente, pois ele já está abrindo mão da companhia de seus familiares. Eles consideram agressiva esta atitude. Esta despedida deveria ser mais respeitada.

Os técnicos de enfermagem tiveram empatia para poderem perceber que neste momento o cliente não está sendo acolhido como deveria.

Por outro lado se sentem seguros com as rotinas, pois acham que facilita um manejo uniforme por parte da equipe. Podendo algumas vezes abrir exceções ao não seguimento das rotinas. Por exemplo, com clientes muito atrapalhados, desorganizados, recém-internados ou aqueles que não conseguem reter informações. Consideram essa exceção como uma questão de bom senso, de poder avaliar cada cliente e a situação que ele está apresentando.

Nesse momento os técnicos de enfermagem compreendem o cliente através do paradigma holístico onde mente e corpo não se separam (Waldow, 1995; Kyes e Hofling, 1985)

Poder avaliar cada cliente representa que esses clientes estão sendo acolhidos através do cuidado individualizado, onde o cuidador tem a capacidade de compreender e entender o cliente dentro de suas necessidades e realizar a conduta mais adequada.

Os técnicos de enfermagem demonstraram ter flexibilidade para acolher e mostraram que o cliente é o centro do cuidado, não se detendo em normas. Possibilitando que a confiança e o vínculo sejam reforçados.

No entanto, os técnicos de enfermagem colocam que, ao descobrirem que o cliente escondeu as medicações, têm sentimentos de impotência, de incapacidade, de não terem cuidado o suficiente.

Quando não se estabelece o vínculo entre trabalhador e cliente, pode acontecer de o tratamento ficar prejudicado. O vínculo ficando prejudicado, a avaliação do cliente também fica, pois não consegue identificar sinais e sintomas.

O cliente geralmente, ao esconder algo, apresenta juízo crítico prejudicado em relação ao seu estado de saúde e acaba por mostrar o quanto está precisando de ajuda.

A equipe estará ajudando quando procurar ouvir e entender a atitude do cliente. Deve controlar seus próprios sentimentos, ao mesmo tempo que lida com os sentimentos do cliente, evitando que seja provocado um conflito na equipe em tentar ser útil mas, ao mesmo tempo, sentindo-se impotente perante a situação descoberta (Kyes e Hofling, 1985).

Os técnicos de enfermagem ficam divididos quanto a importância do diagnóstico médico. Alguns colocam que para cuidar não se necessita diagnóstico, pois o cliente vai se manifestando e, aos poucos, vai demonstrando os seus sintomas, que são tratados. Outros acham que ficar sabendo do diagnóstico é mais fácil para ter uma abordagem mais adequada. Há um cuidador que expressa que, com o diagnóstico, consegue perceber o que é sintoma do cliente e o que não é.

Essa diversidade de posições reforça que o modelo assistencial, onde o médico é o centro das ações, ainda prevalece e interfere na forma de acolher em enfermagem (Kohlrausch, 1999).

A equipe de enfermagem precisa estar constantemente sendo estimulada a exercer a profissão colocando o cliente no centro das ações, de acordo com que o SUS e a reforma sanitária preconiza. É necessário utilizar tecnologias próprias da enfermagem, como o processo de enfermagem. Partindo-se da avaliação sobre a situação do cliente, realizando o diagnóstico de enfermagem, prescrevendo os cuidados e tendo flexibilidade de modificar o cuidado conforme a necessidade do cliente (Kohlrausch, 1999).

Para aprimorar o acolhimento, os técnicos de enfermagem sentem a necessidade de atualizar suas informações através de debates, estudos de caso, palestras, cursos. Referem que a atualização se dá no ambiente de trabalho, na vivência das situações discutidas pela equipe, de modo informal.

Levando em conta esta necessidade percebemos que acham importante estar sempre renovando seus conhecimentos. Isso pode se dar através da educação continuada.

Para Kurcgant (1991) a educação continuada representa o conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de propiciar oportunidades de desenvolvimento ao trabalhador, com a intenção de ajudá-lo a atuar mais efetivamente, eficazmente na sua prática institucional. Desta forma, promovendo o desenvolvimento pessoal, ao mesmo tempo que profissional.

O conhecimento permite que os técnicos de enfermagem saibam diagnosticar, conhecer sinais e sintomas mais comuns no dia a dia. Permitindo acolher em enfermagem, não só sabendo a técnica, mas também o porquê das coisas a sua volta.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve por objetivo descrever o processo de implantação de oficinas de sensibilização com os técnicos de enfermagem para o acolhimento na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foi desenvolvido através da metodologia de projeto assistencial, e os achados foram analisados através da relação dialógica entre o que se encontra na literatura de saúde mental e saúde coletiva e o que foi vivenciado nas oficinas.

Os principais tópicos que apareceram durante as oficinas foram: dúvida no reconhecimento dos sintomas; a internação como um momento importante para o cliente e para eles; os clientes dão retorno quanto ao acolhimento; empatia; dificuldades e facilidades em acolher; a rotina no acolhimento; acolhimento dentro do grupo de cuidadores; quando não se estabelece o vínculo; situações de não acolhimento; diagnóstico médico como uma necessidade aparente; necessidade de educação continuada.

Pudemos perceber durante as oficinas que, apesar dos técnicos de enfermagem terem dúvidas no reconhecimento dos sintomas, demonstraram a capacidade de acolher, escutar, perceber e avaliar qual a melhor conduta a ser tomada em benefício da necessidade que o cliente traz.

Observamos que através das experiências o cliente faz um vínculo maior com quem o recebe na internação, pois os clientes não esquecem o nome das pessoas que os receberam.

Os técnicos de enfermagem não têm consciência de seu comportamento, ou como são percebidos por aqueles que os acolhem, até que recebem o retorno dos clientes. Isso ocorre devido às sobrecargas de exigências no dia a dia de trabalho.

A capacidade de sentir o que sentiriam se estivessem em situação vivida por outra pessoa (empatia), proporciona que os técnicos de enfermagem se identifiquem com situações vividas, e essas identificações poderão determinar o acolhimento em relação ao cliente, dependendo dos sentimentos que despertarão. Estes sentimentos poderão demonstrar porque certos clientes são mais fáceis de acolher do que outros.

A dificuldade de acolher clientes com depressão é esperada, uma vez que os clientes com essa patologia, costumam deixar os cuidadores pouco à vontade, devido à incapacidade do cliente expressar o quanto está sofrendo. É comum que a equipe se afaste ou fique irritada devido aos seus próprios sentimentos de impotência frente aos sintomas do cliente.

Os técnicos de enfermagem demonstraram que acolhem-se como grupo de trabalho, uma vez que o grupo consegue ouvir, sentir as dificuldades de seus integrantes e procuram ajudar-se a resolver suas próprias necessidades.

As rotinas, algumas vezes, podem beneficiar o acolhimento, quando proporcionam um manejo uniforme por parte da equipe e evitando assim a dissociação. Mostra que algumas vezes pode-se abrir exceções ao não seguimento das rotinas, através da avaliação individualizada do cliente. É preciso ter flexibilidade para acolher e colocar o cliente no centro do cuidado, não se detendo em normas. Possibilitando que a confiança e o vínculo sejam reforçados. Outras vezes colocam que a rotina, por ser muito rígida, acabam por não acolher no momento da internação.

Quando não se estabelece o vínculo entre trabalhador e cliente, pode acontecer de o tratamento ficar prejudicado. O vínculo ficando prejudicado, a avaliação do cliente também fica, pois não consegue identificar sinais e sintomas.

A divisão de opiniões quanto a importância do diagnóstico médico, reforça que o modelo assistencial, onde o médico é o centro das ações, ainda prevalece e interfere na forma de acolher em enfermagem.

A importância da atualização no conhecimento, permite que os técnicos de enfermagem saibam diagnosticar, conhecer sinais e sintomas mais comuns no dia a dia. Permitindo acolher em enfermagem, não só sabendo a técnica, mas também o porquê das coisas a sua volta.

Acreditamos ter atingido nosso objetivo que era descrever o processo de implantação de oficinas de sensibilização para o acolhimento com os técnicos de enfermagem. Pudemos trazer informações atuais e desenvolver um trabalho em conjunto com estes profissionais, com a intenção de contribuir para a humanização do cuidado ao cliente psiquiátrico e colaborar com o processo de trabalho realizado neste Serviço, uma vez que a Chefia do Serviço de Enfermagem Psiquiátrica solicitou que fosse desenvolvida alguma atividade de acolhimento com os técnicos de enfermagem.

Sugerimos que se realizem atividades de educação continuada com os técnicos de enfermagem e que as oficinas de sensibilização para o acolhimento se estendam para os demais técnicos de enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Maria F. M. et.al. **Como Trabalhar com o Método de Oficinas**. Projeto de Extensão – AIDS – Educação e Prevenção. Departamento de Enfermagem Universidade Federal do Ceará –Fortaleza-Ceará-Brasil, 1998.

BARROS, Aidil de J. P. de; LEHFELD, Neide A de S. **Projeto de Pesquisa – Propostas Metodológicas**. 6.ed. Porto Alegre: Vozes, 1990.

BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

BRASIL. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. **Sistema Único de Saúde**.

CAMPOS, Gastão W. S.. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma de pessoas – o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.29-87.

FERREIRA, Aurélio B. de H.. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E.. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. Minas Gerais. Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 345 – 353, abr./jun, 1999.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem – Madeleine Leininger** . Porto Alegre: Artmed, 1993. p. 286-299.

IRVING, Susan; R.N.;M.S. **Enfermagem Psiquiátrica Básica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.

KOHLRAUSCH, Eglê R. Modelo assistencial clínico e algumas possibilidades de fazer diferente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n. especial, p. 70-85, 1999.

KOHLRAUSCH, Eglê R. Sensibilizando as enfermeiras para o cuidado transpessoal no atendimento aos portadores de HIV e doentes de AIDS: Relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. V. 20, n.1, p.120-131, jan.1999.

KURCGANT, Paulina. **Administração em enfermagem**. São Paulo: E.P.U.,1991.

KYES, J.; HOFLING, C. K. **Conceitos Básicos em Enfermagem**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.

LEITE, Juliana C. A; MAIA, Carmem, C. A; SENA, Roseni R.. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.52, n. 2, p.161-168, abr/jun.; Brasília, 1999.

MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde em busca da mudança: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.1-46.

PEREIRA, R.C.J. Refletindo e escrevendo sobre experiências vivenciadas no contexto da escola e do cuidado. In: WALDOW, V.R. **Maneiras de Cuidar, Maneiras de Ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

SCHRAIBER, Lilian B. *et. al.* **Saúde do Adulto – Programas e Ações da Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, 1996.p.201 e p.267.

SILVA JUNIOR, Aluísio G. **Em defesa da Vida Modelos Tecno assistenciais em saúde – o debate no campo da saúde coletiva** –São Paulo: Hucitec, 1998.

STEFANELLI, Magda; PAES, Maria Júlia. Comunicação terapêutica. **Revista Paulista**, v.3, n. 3, maio/junho, p. 102-103, 1983.

STONER, James A F ; FREEMAN, R. Eduward. **Administração**. 5. ed. Rio de Janeiro: JC, 1999.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática**. 6 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001.

RAMOS, Donatela D. Acesso e acolhimento aos usuários a em uma unidade de saúde de POA/RS no contexto da municipalização da saúde. **Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Estadual nº 9.716/1992 de 07 de Agosto de 1992. **Lei da Reforma Psiquiátrica e da Proteção aos que Padecem de Sofrimento Psíquico**.

TAYLOR, Cecelia M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13 ed. Porto Alegre: 1992.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em Enfermagem – Uma modalidade Convergente assistencial**. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.  
WALDOW, Vera R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WALDOW, Vera R.; LOPES, Marta J. M.; MEYER, Dagmar E. **Maneiras de cuidar, Maneiras de ensinar: A enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

VIANNA, Ana C.A. Sensibilização: uma forma de educação para o cuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.21, n.esp. mai/jun, p113-120, 2000.

**ANEXOS**

## ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Projeto Assistencial:** Oficinas de sensibilização para o acolhimento

**Pesquisadora:** Juciléia Thomas

Este projeto tem por objetivo implantar Oficinas de Sensibilização com os Técnicos de Enfermagem para o Acolhimento na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Contando com sua colaboração, dirijo-me, no intuito de obter seu consentimento formal para participar destas Oficinas de Sensibilização. Os registros desta atividade serão feitos com a utilização de um microgravador, cuja fita será desgravada assim que seja transcrito o conteúdo das mesmas. Sua participação se dará por livre e espontânea vontade. A qualquer momento, você poderá interromper suas atividades neste trabalho. A não participação, ou a interrupção desta, não lhe trará nenhum prejuízo em seu processo de trabalho, avaliação e desempenho.

Informo que os registros farão parte do Relatório do Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da UFRGS, intitulado Projeto Assistencial: oficinas de sensibilização para o acolhimento. Este trabalho de conclusão, que está sob orientação da Professora Eglê Kohlrausch, cujo telefone é 99571956, é exigido pela disciplina Estágio Curricular do referido curso, sendo requisito parcial para obtenção do grau de Enfermeiro.

Assumo que as informações colhidas e descritas no relatório seguirão a condição ética de manter, de minha parte, total anonimato e sigilo em relação à identificação dos participantes, em qualquer momento em que sejam apresentadas em seminários ou outros eventos científicos. Este mesmo tratamento será dado caso os achados deste trabalho venham a ser publicados.

O presente termo vai assinado por ambas as partes envolvidas em duas vias.

Por fim, coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários à luz do exposto acima.

Nome do participante: \_\_\_\_\_ assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do responsável: Juciléia Thomas assinatura: \_\_\_\_\_

Contato: fone (51) 96969619

**ANEXO B – APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE GRUPO DE  
PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**

**COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

**RESOLUÇÃO**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 02-303

**Versão do Projeto:** 30/07/2002

**Versão do TCLE:** 30/07/2002

**Pesquisadores:**

EGLE KOHLRAUSCH

JUCILEIA THOMAS

**Título:** PROJETO ASSISTENCIAL: OFICINAS DE SENSIBILIZAÇÃO PARA O ACOLHIMENTO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 31 de julho de 2002.

  
Profa. Themis Reverbél da Silveira  
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA