

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR
UNIVERSIDADE CONVENIADA -
EXPANSÃO POLO I CONVÊNIO REPENSUL

TRAVESSIA PARA O AMANHÃ

Relacionamento Interpessoal Terapêutico
com o Doente Mental Crônico

Autora: Maria Neiva Ribeiro Barbosa Falleiros

CURITIBA

1996

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR
UNIVERSIDADE CONVENIADA -
EXPANSÃO POLO I CONVÊNIO REPENSUL

TRAVESSIA PARA O AMANHÃ
Relacionamento Interpessoal Terapêutico
com o Doente Mental Crônico

Autora: Maria Neiva Ribeiro Barbosa Falleiros

Orientadora: Dra. Maguida Costa Stefanelli

CURITIBA

1996

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR
UNIVERSIDADE CONVENIADA -
EXPANSÃO POLO I CONVÊNIO REPENSUL

TRAVESSIA PARA O AMANHÃ
Relacionamento Interpessoal Terapêutico
com o Doente Mental Crônico

Maria Neiva Ribeiro Barbosa Falieiros

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela
BANCA EXAMINADORA, para obtenção do título de

MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

sendo aprovada em 15 de agosto de 1996, atendendo às normas da legislação do
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina-UFSC

BANCA EXAMINADORA:



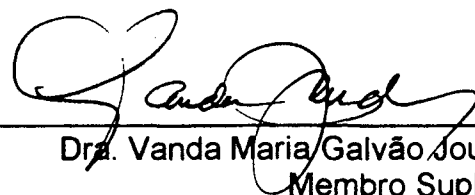
Dra. Maguida Costa Stefanelli
Presidente



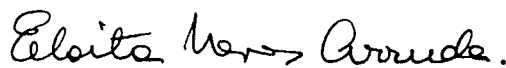
Dda. Maria de Lourdes Centa
Doutoranda/membro



Dra. Mercedes Trentini
Examinadora



Dra. Vanda Maria Galvão Jouclas
Membro Suplente



Dra. Eloita Neves de Arruda
Examinadora

Dedico esse trabalho ao meu pai e minha mãe (in memoriam),
que iluminados pelo amor aos filhos, ousaram, como ninguém,
acreditar no amanhã, fazendo de suas vidas uma ponte,
através da qual eu consegui transpor todos os obstáculos
e chegar onde cheguei.

A VOCÊS DOIS, estejam onde estiverem,
o meu forte, carinhoso e saudoso abraço.

Obrigada por tudo.

AGRADECIMENTOS

À colega Maria de Lourdes Centa pela sua luta em prol da enfermagem e por manter viva a chama de acreditar ser possível a travessia, para concretizar na casa do amanhã o sonho do mestrado na escola.

Ao REPENSUL e a todas as pessoas com ele envolvidas de forma clara ou no anonimato. Penso que essa forma corajosa de ousar acreditar, que através da união das pessoas, é possível tornar o amanhã um espaço para grandes descobertas e realizações, e que deveria ser uma meta constante da enfermagem.

À minha orientadora Prof^ª Dr^ª Maguida Stefanelli, com sua simplicidade e sabedoria, soube me entender como pessoa, respeitando os meus conflitos, os meus avanços e retrocessos e estimulando-me com sua crença e afeto que meu amanhã será radiante e acolhedor.

Dizer obrigado é pouco à Prof^ª Dr^ª Mercedes Trentini. Nossa convivência foi tão significativa que simplesmente não dá para mensurar o quanto ela me ensinou e me ajudou em todo esse processo: o meu sincero agradecimento à você, Mercedes, por todo esse tempo compartilhado.

À Prof^ª Dr^ª Eloita, seu abraço de início de curso foi tão eficaz, que seu efeito se fez sentir ao longo do curso de mestrado. Ele foi bem mais que um simples abraço: para mim significou respeito, confiança, aceitação e afeto. Sou muito grata à você por tudo isso.

Muito obrigada de coração à minha grande amiga Ana Lúcia, que sempre foi bem mais que amiga: é uma fonte de afeto que aquece o meu coração, fortalecendo a minha vontade de continuar esse desafio de viver o dia-a-dia.

À colega Ymiracy, que dentro de sua experiência e sensibilidade, sempre acreditou no amanhã e me empurrou de maneira carinhosa rumo à minha travessia.

A todas as colegas de mestrado, que com o seu entusiasmo e solidariedade, tornaram a travessia um prazeroso caminhar.

Às colegas Ana Maria Dienevicz e Maria Lacerda, pela solidariedade e companheirismo, em acreditar que podemos construir, mesmo dentro de incertezas, um rio caudaloso de sonhos e realizações no nosso amanhã.

Aos meus irmãos, a todos os meus amigos e às colegas de departamento de enfermagem, que de uma forma ou de outra ajudaram no meu caminhar e tornaram possível a concretização do meu desejo de ajudar o outro.

A todas as funcionárias do pavilhão 3, que souberam me entender e compartilharam do meu sonho, tornando a nossa convivência significativa e provando uma vez mais que o afeto aproxima as pessoas e torna possível a humanização do cuidado.

Na pessoa de Irmã Hilda, o meu reconhecimento ao trabalho solitário de todas as religiosas da Instituição, que fazem de suas vidas um apostolado de doação, de luta, de cuidado e de amor aos doentes mentais, recebendo tão pouco em troca.

À Instituição onde desenvolvi o trabalho, na figura de seu Diretor Clínico Dr. Otávio da Silveira, que ousou acreditar na enfermagem como um mecanismo de transformação no viver diário do doente mental.

À Elza, que me ajudou na digitação desse trabalho. Seu jeito tranqüilo, afetuoso e disponível me deram a certeza que não estaria sozinha nesse caminhar.

À Jussara, que com sua maneira atenciosa de escutar e sua alegria contagiante, me incentivou a continuar a minha luta de bem mais que decifrar o inglês: a decifrar os emaranhados da linguagem na relação interpessoal.

À Isabela, que entrou na fase final do trabalho, ajudando-me na digitação. O seu dispor respeitoso e afetuoso diminuiu a minha carga no final do processo, aumentando a minha esperança de ver concretizada a minha travessia.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Odilon, Andriago, Marcel, Nabile, Paula e Fernanda, minha querida família, meu aconchegante espaço de vida. Foi o seu amor, o seu carinho, o seu respeito, a sua disponibilidade de aceitar as limitações impostas pelo trabalho, que tornaram, com certeza, ser possível concretizar a minha travessia para esse amanhã aqui, agora.

A vocês, meu sincero reconhecimento, meu amor.

SUMÁRIO

RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	x
I INTRODUÇÃO	1
1.1 INICIANDO AS REFLEXÕES.....	1
1.2 OUTRO OLHAR PARA A FOTO DE UM FATO	7
II O CONTEXTO DO FATO	13
2.1 UM POUCO SOBRE PSIQUIATRIA E A ENFERMAGEM.....	13
III PERSONAGENS RETRATADOS	20
3.1 UMA APRESENTAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL.....	20
3.2 UMA APRESENTAÇÃO DO DOENTE E DA DOENÇA MENTAL	26
IV ELEMENTOS PARA A TRAVESSIA.....	33
4.1 PRESSUPOSTOS.....	33
4.2 MARCO CONCEITUAL	34
4.3 RELACIONAMENTO INTERPESSOAL TERAPÊUTICO.....	44
4.3.1. Elementos Essenciais Para o Processo de Relacionamento Terapêutico de Interesse, Empatia.....	47
4.3.2. Saúde/Doença.....	51
V UMA PONTE ENTRE OS PRESSUPOSTO.....	53
5.1 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	53
5.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA.....	55
5.3 SUJEITOS/DOENTE	58
5.4 PROCEDIMENTOS.....	58

5.5	REGISTRO DOS DADOS	59
5.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	60
VI	A REPORTAGEM DO FATO - TRAVESSIA PARA O AMANHÃ.....	61
6.1	O AMBIENTE - O CENÁRIO.....	62
6.2	O VIVER EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	66
6.3	A ESCOLHA DOS SUJEITOS.....	73
6.4	O COTIDIANO.....	75
6.5	APRESENTANDO ANNE	79
6.6	APRESENTANDO ROSE.....	81
6.7	A TRAVESSIA ... O PRIMEIRO PASSO	86
6.8	O CAMINHAR COM ANNE	87
6.9	O CAMINHAR COM ROSE.....	96
VII	O FATO VISTO SOBRE OUTRO FOCO - REFLEXÕES	
	(IN)CONCLUSIVAS.....	124
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131

RESUMO

A doença mental tem como estigma a cronicidade atribuída aos doentes. Estes, nunca tiveram uma assistência digna do ser humano. Na minha prática profissional, tenho observado, lido e discutido com meus pares, sobre a influência do relacionamento interpessoal terapêutico no comportamento dos doentes mentais. Daí, surgiu a questão norteadora do estudo: como desenvolver a relação interpessoal terapêutica enfermeira-doente em uma instituição psiquiátrica, na prática de enfermagem? Em face desta questão, foram traçados os objetivos: 1) desenvolver relacionamento interpessoal terapêutico com pessoas doentes mentais, descrevendo-o deste relacionamento e; 2) encontrar caminhos que possam tornar esta prática o dia-a-dia da enfermagem psiquiátrica. O tipo de método escolhido foi de estudo descritivo, de cunho qualitativo, que permite mostrar o processo vivido na sua totalidade/revelam uma experiência singular, retratando a realidade, a partir de várias fontes, de forma completa e profunda, permitindo o uso de linguagem mais acessível ao leitor. Iniciei o estudo com observação mais completa possível do comportamento dos sujeitos do estudo, Rose e Anne, que cohabitavam o cenário do estudo. Desenvolvi com ambas o processo de relacionamento interpessoal terapêutico, por 5 e 9 meses respectivamente. Com estas realizei a travessia do desconhecido, conceitos teóricos para o conhecido - a relação interpessoal - rumo ao amadurecimento das três atrizes envolvidas no processo. O relacionamento interpessoal terapêutico foi capaz de promover mudanças comportamentais, fazendo com que o doente mental se relacione melhor consigo mesmo e com os outros. Anne e Rose hoje cumprimentam as pessoas espontaneamente ou quando solicitadas, participam das atividades do pavilhão quando convidadas, interagindo melhor com os outros. Perante a equipe, elas continuam sendo as mesmas pessoas, porém manifestando diferentes manifestações de comportamentos - são doentes que participam.

ABSTRACT

Chronicity attributed to clients is a mental illness stigma. Clients have never obtained the care deserved by a human being. During my professional practice, I have observed, read and discussed with my peers about the influence of the therapeutic interpersonal relationship on mentally ill client's behaviors. Thus, the guiding question of this study evolved: How can nurse and patient develop a therapeutic interpersonal relationship in a psychiatric institution? From this question the following goals were proposed: 1) to develop therapeutic interpersonal relationship with mentally ill clients and to describe its progress, and 2) to find ways in order to make it a routine practice in psychiatric nursing settings. A qualitative approach was chosen to this because it is able to demonstrate the lived process as whole, unveiling a unique experience, and picturing reality through a variety of sources in such language that is complete, profound, and accessible to the reader. I began my study with a comprehensive observation of Rose and Anne behaviors, the selected subjects for this study, who have lived in the psychiatric setting for 3 and 30 years, respectively. I developed the therapeutic interpersonal relationship with both during 5 and 9 months, respectively. I went with them through the journey starting from the unknown (theoretical concepts) to the known (interpersonal relationship) towards the achievement of maturity on the part of the three actresses involved in the process (nurse and clients). Therapeutic interpersonal relationship was able to promote clients behavioral changes thus improving their relationship with themselves and others. Presently, Rose and Anne greet people spontaneously or whenever they are requested, and also participate in the pavillion activities whenever they are invited, interacting in a better way with others for the nursing team. They continue to be the same people, however manifesting different behaviors: "they are clients who participate".

I INTRODUÇÃO

1.1 INICIANDO AS REFLEXÕES

Atualmente, mais do que nunca, se fala em humanização, em prevenção, em internamento parcial, em socialização do doente mental, em assistência à família, como parte importante e integrante da doença da pessoa. Tudo isso faz parte de uma evolução gradativa da assistência psiquiátrica, como era chamada até tempos atrás (OPAS/OMS, 1990, 1993).

Hoje o enfoque principal dos Programas de Reforma Psiquiátrica é para a área de saúde mental, tentando-se com isso diminuir os efeitos das forças sociais, entre elas, o confinamento sobre os "alienados". Há tentativas e algumas realizações de investimento na hospitalização parcial ou tratamento ambulatorial, como uma forma de evitar uma ruptura familiar e social, que é causada pela internação (OPAS/OMS, 1993).

Isso porque, a prática da assistência de saúde mental, como desenvolvida até aqui, criou situações nas quais as pessoas assistidas foram pouco a pouco perdendo o seu papel ativo no cenário social, tornando-se vazias e mergulhadas na passividade. Com o tempo, deixa de ser um cidadão com direitos e deveres, ou seja, perde a sua cidadania, o seu sentido de vida e passa a ser considerado como um número dentro das estatísticas, alterando a sua real característica de ser humano para a condição de doente crônico. Com isso, passa a ter o rótulo de "louco" ou "alienado", condição essa exemplificada por frases de doentes: *"hoje sou louca, ninguém 'liga' para mim, só dão atenção para minha mãe, eu não sou nada..."*

A realidade brasileira é gritante. A maioria dos leitos hospitalares, destinados à saúde mental, é ocupada por doentes crônicos com uma longa história

de internação-alta-internação e por último acaba em uma instituição que assume a sua custódia indefinidamente.

Toda essa história de insucesso terapêutico, faz com que essas pessoas sejam colocadas numa classificação de crônicas, incuráveis, incompreensíveis, “não melhoradas”, entre outros. A tendência ao abandono daquele que teve a infelicidade de ser rotulado como doente mental é uma questão de tempo. Frequentemente, apesar dos movimentos de reforma psiquiátrica, deparamos com um número cada vez maior de pessoas que são mantidas dentro de instituições de tratamento, nos moldes de contenção asilar, onde só são assistidas - quando o são - em suas necessidades mais elementares, como de alimentação e higiene, na maioria das vezes em condições precárias. Os cuidados específicos de saúde mental, são apenas aqueles relativos ao cumprimento da prescrição médica, que em geral são meramente repetições estereotipadas, copiadas ou transcritas, sem nenhuma alteração. Na evolução clínica, os registros da observação são sistematicamente os mesmos: “sem melhora” ou, “mantém quadro inalterado”, “manter medicação”, “sem efeito”, entre outros.

Esse cidadão de outrora é hoje, de modo geral, visto como alguém totalmente dependente, que não manifesta nenhuma vontade ou desejo, que não tem condições de decidir sozinho sobre a sua vida e nem direito de viver no grupo familiar, quando ainda o tem, pois muitos já não têm ou foram “esquecidos” pelos familiares ou “já morreram para estes”.

Foi dentro desta realidade que comecei a conviver com esse ser humano, primeiro como aluna estagiária da escola, depois como funcionária da própria instituição onde havia desenvolvido o estágio curricular e finalmente como

enfermeira, onde desenvolvo a minha prática de docente em uma instituição semelhante à descrita acima.

Com o passar do tempo e no desenvolvimento da minha prática, comecei a questionar algumas situações observadas nesta trajetória. Tempo esse marcado por conflitos internos, que englobavam basicamente:

1. a minha formação profissional como enfermeira psiquiátrica, foi dentro de uma instituição onde o contato com a pessoa doente, seguia determinantes próprios. A comunicação era “controlada” e o toque, principalmente, considerado na maioria das vezes anti-terapêutico;
2. a literatura sobre comunicação, relacionamento, papel da enfermagem junto à pessoa doente fala da importância das atitudes, das técnicas a serem usadas, do envolvimento emocional para um cuidado efetivo. Porém, dentro da realidade vivida por mim, tudo isso representava uma grande utopia;
3. conflitos com as minhas características próprias:
 - uma pessoa simples, humana, sensível, que gosta de sentar bem próxima da pessoa doente, e, dependendo da situação, lhe segurar a mão, como uma forma de oferecer apoio, por meio do toque, comunicação não verbal.
 - À medida que tentava juntar as três variáveis descritas, para determinar o cuidado à pessoa doente, o confronto foi inevitável.Diante desses fatores inconciliáveis, cada vez mais me sentia insatisfeita dentro do exercício da minha prática.

Foram esses confrontos que me impulsionaram a buscar soluções, pois acredito que estamos sempre procurando algo, buscando novos caminhos, novas

formas de nos relacionarmos, novas formas de viver melhor, enfim, uma projeção de nossas possibilidades para além de nossos próprios limites.

Acredito na contínua busca à felicidade!

Dentro dessa busca, se insere a realização profissional. Realização essa que, a partir de um certo tempo, não se limita a um mero exercício do cotidiano. Esse tempo é caracterizado por uma prática reflexiva; onde nos colocamos de forma mais madura e mais comprometida com a relação enfermeira-doente, ou seja, preocupação em ser um agente, realmente, de mudanças sociais.

Afinal, a minha prática com essa pessoa-doente no cotidiano vivido, lado a lado, por mais de 10 anos, me mostrou ser possível desenvolver uma outra realidade.

Criar espaços onde realizações aconteciam não por “passe de mágica”, mas como resultado de um cuidado efetivo, onde os obstáculos estavam sendo transpostos e novos horizontes surgindo.

As transformações vieram como resposta ao cuidado, dentro do qual o doente passou a ser tratado com dignidade, proporcionando assim a sensação de “ser outro”, de ser gente, de ter liberdade, de poder ser feliz. Isso pode ser verificado em colocações de doente, durante um passeio fora do hospital: “*Aqui me sinto outra pessoa*”. Esta forma de ser e estar com os outros e no mundo, abria novas perspectivas de vida, de possibilidades.

Potencialidades negadas e sufocadas poderiam emergir e acabaríamos nos deparando com um mundo rico em realizações, tanto pela parte do doente, como pelo lado do profissional que o assiste. Na medida em que tinha uma compreensão maior sobre a prática que exercia, ocorria um maior entendimento de mim como pessoa e da relação em si.

A vontade, dentro deste espírito de compromisso, tanto social como profissional, de estudar e reestruturar essa relação e investigar suas conseqüências, foi crescendo cada vez mais, para, finalmente, durante o decorrer do Curso de Mestrado, elaborar experiências e mostrar achados que poderiam contribuir para melhorar a assistência ao ser humano, tal como escreve TAYLOR (1992). *“a grande preocupação das pesquisas comportamentais de hoje em dia, é proteger os direitos de cada indivíduo, separados por diferentes fatores como cultura, valores, crenças, experiências de vida e, às vezes, acrescidos do fator doença.”*

Esse trabalho, portanto, aborda a minha luta para tornar a relação pessoa-pessoa, um encontro singular e efetivo, com seus avanços e retrocessos, e a esperança de tornar os sonhos realidade, ou seja, a vontade enorme de fazer do amanhã um novo dia, dentro do hospital psiquiátrico.

Seria fazer do isolamento e das descobertas do outro e de si mesmo, das lutas e das vitórias, dos desencontros e da vivência do encontro na “relação interpessoal” um acontecimento, que pode marcar de forma significativa duas pessoas, redimensionando seu cotidiano e sua forma de ser e estar no mundo, enfim, o seu viver diário como afirma ROGERS, 1961.

Pretendo demonstrar como essa relação interpessoal ocorre com os doentes mentais, os passos que a compõem e como pode ser criado esse espaço, no qual duas pessoas podem se aproximar o suficiente, ajudando-se mutuamente, determinando transformações em ambos, no caso, enfermeira e doente.

Meu objetivo durante o desenvolvimento da disciplina denominada Prática Assistencial foi o desenvolvimento dessa relação interpessoal com o doente, que

me ajudou a definir melhor alguns conceitos teóricos e a consolidar o marco conceitual para fundamentar o meu projeto de dissertação.

Desvendar só o que existe em mim é muito gratificante, mas como docente tenho que me preocupar em transformar em realidade aquilo que acredito ser melhor para uma assistência de enfermagem psiquiátrica digna da pessoa, tornar este tipo de relacionamento uma prática viável, ou seja, caminhar do mito à realidade, de acordo com a visão de enfermagem que comungo.

QUESTÃO NORTEADORA

Destas considerações e da minha vivência, surgiu como pergunta norteadora: Como desenvolver a relação interpessoal terapêutica, enfermeira-doente, em uma instituição psiquiátrica, na prática de enfermagem psiquiátrica?

OBJETIVOS

Em face do exposto e da questão norteadora, o objetivo deste estudo é:

- 1. desenvolver relacionamento interpessoal terapêutico, com pessoas doentes mentais, descrevendo a evolução deste relacionamento;**
- 2. encontrou visualizar caminhos que possam tornar esta prática o dia-a-dia da enfermeira psiquiátrica.**

Acredito ser extremamente importante tentar mostrar através desse trabalho que parto do pressuposto que o doente mental crônico internado, apesar de tudo que já foi escrito, do que o caracteriza, é capaz de responder positivamente quando encontra "do outro lado" uma pessoa que lhe trate dignamente, quando se oferece a

ele a oportunidade de uma relação, de um processo que lhe proporcione meios para um crescimento, para uma transformação.

1.2 OUTRO OLHAR PARA A FOTO DE UM FATO

O ponto primordial do anseio na realização deste estudo, esteve pautado no interesse genuíno que tenho pelo doente mental. Tal preocupação já foi reportada no início deste trabalho, quando cito referendo minha experiência como enfermeira especialista em Enfermagem Psiquiátrica.

O transcorrer da convivência nesta área, através de uma relação direta e muito próxima com o doente mental internado, fez com que eu pudesse observar algumas transformações nesses pacientes, tais como:

- aqueles doentes isolados e evitando as aproximações, começaram a participar das atividades nas unidades;
- aqueles doentes que não permitiam ser tocados, começaram a aceitar o toque.

Percebi, então, que um pouco mais de atenção dentro de um cuidado sistematizado e empático, teve como resposta olhares de interesse, comunicação mais coerente e uma relação de maior aproximação.

Essas mudanças aconteciam num meio onde a maioria da equipe técnica da instituição não acreditava ser possível, num meio onde a literatura em geral dedica páginas e páginas explicando as causas, os fatores, a epidemiologia, mas quando o enfoque é sobre o tratamento, as terapias somáticas são mais enfatizadas que as terapias psicossociais, que aparecem extremamente reduzidas.

Com o passar do tempo, após reflexões, leituras e discussões, conclui que a **interação** que mantinha com a pessoa durante o **seu cuidado** e a forma como elas

a percebiam e a ela respondiam eram manifestações de mudança, denominadas por mim de "sinal de vida". Observei que a minha pessoa influenciava de forma positiva nos seus comportamentos, faltando, contudo, entender a dinâmica dos fatos.

PEPLAU (1952), TRAVELBEE (1969), BUBER (1977), JOEL; COLLINS (1978), STEFANELLI (1981, 1983), ROGERS (1961), deixam claro a importância da relação com a pessoa, a necessidade de uma comunicação adequada como ponto de partida para **um cuidado efetivo, ou seja, uma relação interpessoal, onde ocorre uma troca mútua**. Através dessas leituras encontrei respaldo para sentir que não estava sozinha na minha trajetória. Os autores mostraram-me que estava no caminho certo. PEPLAU (1952) descreve a caminhada de duas pessoas estranhas - a enfermeira e o paciente - rumo ao amadurecimento de ambos. Neste sentido as minhas reflexões e experiências, vivenciadas no contexto da minha prática, vieram demonstrar uma conjugação de realidade, revelando assim que sou uma pessoa nela inserida e vivenciando o que ela reafirma: crescemos junto com a pessoa que recebe ajuda.

Reverendo o meu modo de pensar, sentir e agir, em face dos autores citados, sinto que a minha relação com a pessoa doente transcende ao domínio das teorias expostas e da palavra falada, pois acredito que sempre existe um fenômeno singular que serve como catalisador das ações. Percebo que alguns pontos de vista que defendo estão nas entrelinhas da literatura consultada, mas sinto falta do modo de ser de cada um, de como vivenciam o que é preconizado nas publicações, talvez pela preocupação didática dos autores ou mesmo a preocupação que existe toda vez que as pessoas se expõem. Ou seria para estimular a necessidade de vivenciar o processo de relacionamento interpessoal para melhor compreendê-lo?

Penso que sim, pois a relação interpessoal com os doentes mentais sempre foi um desafio pessoal, um desejo acalentado ao longo dos anos de profissão. Experiências vividas foram força motriz a estimular constantemente a compreensão, o entendimento e o auxílio, que sempre considerei possível ser dado à assistência de enfermagem em psiquiatria.

Os passos concretos para a direção a esta assistência desejada, foi com o desenvolvimento das disciplinas do curso de mestrado, onde fui buscar estabelecer o meu referencial teórico, baseado nos pressupostos que acreditava, primeiro como pessoa, depois como profissional.

Sempre foi claro para mim, que as mudanças aconteciam no bojo da relação enfermeira-doente. Faltava compreender como se processava esta transformação. Foi através dos autores até aqui já citados, que iniciei a construção dos alicerces que iriam permitir a construção da ponte, através da qual eu iria me aproximar ou transpor o espaço que me separava do doente.

Sempre faltava para mim a resposta para essa pergunta: **O que o leva a sair do seu mundo interior e interagir mais adequadamente comigo e com o meio? O que o estimula a abandonar as suas defesas? O que ocorre no seu interior, que lhe proporciona a vontade, o desejo e a possibilidade de transformação?**

No decorrer do trabalho parti para leituras que me dessem a compreensão da natureza da doença mental, mais precisamente da esquizofrenia, e para as correntes teóricas usadas no seu tratamento, como forma de buscar uma compreensão do que ocorria na prática e, dessa forma, conseguir as respostas para meus questionamentos. Esquizofrenia porque a maioria dos doentes internados em hospitais psiquiátricos recebem o rótulo de “esquizofrênico”.

Foi uma busca exaustiva e frustrante. Primeiro, porque à medida que o tempo passa, aparecem novos conceitos, explicando as causas das doenças mentais, sob os mais variados ângulos. Todos muito bem fundamentados, dentro dos seus princípios e, hoje, respaldados por diferentes técnicas de amostragem. Segundo, como consequência disso, também os tipos de tratamento seguem essa via, para cada enfoque surge uma forma de tratar, ou seja, não existe consenso, nem nas causas da esquizofrenia e nem na forma de tratamento.

Os enfoques atuais de tratamento, estão voltados para pessoas doentes, cujo perfil não se encaixam nos que estão hospitalizados.

Deduzi, através das leituras, que esses doentes não foram considerados, quando foi formulada essa abordagem de tratamento, pois ela atende mais à especificidade do doente ambulatorial, do doente não tão comprometido, o que não é o caso do doente mental crônico internado, que além de sua doença em si, tem uma forma de comportamento ditada pela própria cultura, que permeia as instituições psiquiátricas e que o doente acaba assimilando com o passar dos tempos.

Em momento algum, a literatura mais recente que aborda o tratamento do esquizofrênico, traz o enfoque do crônico, mas, o que fazer, frente a essa caótica realidade?

Conclui que o meu trabalho demandava um rumo, levando em conta os parâmetros ocorridos na prática, isto é, partiria da minha experiência para a teoria e daí para a prática.

Assim, decidi pela contextualização contemporânea da Saúde Mental, para mostrar os principais conceitos teóricos usados para classificar o doente esquizofrênico, sem me preocupar em defender esse ou aquele ponto de vista, pois

não é finalidade desse trabalho. A abordagem dessas correntes teóricas me pareceu importante, para que o leitor tivesse uma compreensão melhor desse doente e de toda a problemática que gira em torno dele, pois apesar de todos os avanços da saúde mental, todo o alarde em torno da Reforma Psiquiátrica, a população internada nos hospitais ainda é muito alta e o tempo de permanência é um dos problemas mais sérios para todos.

Com isso, senti que o primeiro passo havia sido dado, ao levantar alguns enfoques sobre a doença em si. Faltava o segundo passo, isto é, o porque das transformações. Foi respaldada pelas palavras de CORDIOLI (1993), ao apresentar o livro sobre Psicoterapia do qual é organizador, que encontrei reforço para definir a outra parte do fenômeno:

Os diferentes modelos ou abordagens psicoterápicos, na verdade, não surgiram da pesquisa experimental planejada. Sua eficácia nem sempre chegou a ser comprovada de forma científica rigorosa em ambientes acadêmicos, devido às dificuldades que caracterizam a investigação na área. São muito mais o resultado da observação clínica espontânea, intuição, sabedoria, bom senso e descoberta ocasional e a sua aplicação sendo considerada através da prática clínica. (CORDIOLI, 1993)

Foram as reflexões sobre essas palavras que me levaram ao "insight", de que as proposições defendidas por Carls ROGERS (1961) explicavam o fenômeno como um todo, dentro dos pressupostos que eu defendia. As definições Rogerianas não podem ser aplicadas no todo, levando em consideração a problemática do esquizofrênico, mas também a literatura traz que as psicoterapias e outras formas de tratamento não atuam de forma pura, mas combinam-se entre si e completam-se.

Com isso, senti que era esse o referencial que respaldava a minha prática e entendi melhor o que ocorria dentro dela.

Agrupando as experiências e transformações do doente na prática profissional, com as referências teóricas e com enfoque dirigido à esquizofrenia, procurei a seguir estruturar todo esse processo de uma maneira que o leitor fosse

construindo mentalmente esse caminhar, a travessia mesmo ofício, ele sugere que a administração do novo hospital fique sob a responsabilidade da Santa Casa, e que esse hospital de alienados pode levar o nome de Hospício de Pedro II. Logo em seguida, ou melhor, três dias depois, D. Pedro, por decreto, criou o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil: o Hospício Pedro II (PAIM, 1992).

II O CONTEXTO DO FATO

2.1 UM POUCO SOBRE PSIQUIATRIA E A ENFERMAGEM

Para nos situarmos melhor no cenário psiquiátrico onde se desenvolverá este trabalho, apresentarei um pouco da história psiquiátrica no Brasil e do papel da enfermeira psiquiátrica.

Os primeiros acontecimentos relacionados à doença mental no Brasil, surgiram com o trabalho publicado no número inicial do primeiro jornal de medicina "Anais de Medicina, Cirurgia e Farmácia" ou "Propaganda das Ciências Médicas", fundado por José Francisco Xavier. Por volta de 1927, Nele A.G. Jeessé BAYLE publicou um trabalho seu, com o título: "Sobre as alucinações dos sentidos". No segundo número, foi a vez do Dr. Victor BROUSSAIS, que escreveu "Sobre a Epilepsia", e novamente Dr. BAYLE publica outro trabalho, com o título de "Novas doutrinas das moléstias mentais". Esse jornal durou apenas dois anos, mas serviu para criar condições para reunir as figuras mais ilustres dentro dos profissionais da medicina em uma sociedade, com a finalidade de promover a ciência no seu todo (PAIM, 1991). Através da sociedade de medicina, foi possível conhecer os primeiros passos rumo ao tratamento das doenças mentais, pois o Semanário de Saúde Pública, órgão da sociedade de Medicina, publicou em seu número inaugural o primeiro trabalho escrito em nosso país sobre transtornos mentais, sob o título "Insânia Loquaz" (PAIM, 1991).

A criação da cátedra de Medicina Legal a partir da publicação da Lei de 3 de outubro de 1832, deu outra direção ao ensino médico no Brasil, com as Faculdades de Medicina. Os primeiros titulares dessa cátedra recém criada é que iniciaram os movimentos no sentido de mostrar as péssimas condições de

assistência aos doentes mentais. Através do esforço de Dr. José JOBIM, na Bahia, ocorreu o primeiro protesto público contra o modo desumano como eram tratados os doentes mentais (PAIM, 1991).

Na época ainda não havia hospitais destinados a tratar essa patologia e os doentes eram encaminhados às Santas Casas de Misericórdia.

PAIM, (1991), em seu livro , traça um retrato fiel da realidade vivida naqueles tempos. A desumanidade era tão grande, que tanto Dr. Jobim em 1830, depois Dr. Sigaud em 1835, e mais tarde Dr. Luiz Peixoto, foram unânimes em denunciar publicamente as condições precárias em que eram mantidos os "alienados". Estes condenaram o bárbaro costume de castigar os "alienados", acorrentá-los ou colocá-los no tronco, com a finalidade de imobilizá-los nos seus acessos de delírios ou para intimidá-los. Estes eram supliciados a chicote.

Esses e outros protestos que se seguiram, sensibilizaram a Provedoria da Santa Casa, e em 15 de julho de 1841, José Clemente Pereira, na qualidade de provedor, encaminhou ao Ministério do Império, um ofício onde destacava a necessidade da criação de um hospital destinado particularmente ao tratamento dos alienados. A Santa Casa não tinha espaço adequado para o tratamento devido. No mesmo ofício, ele sugere que a administração do novo hospital fique sob a responsabilidade da Santa Casa, e que esse hospital de alienados pode levar o nome de Hospício de Pedro II. Logo em seguida, ou melhor, três dias depois, D. Pedro, por decreto, criou o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil : o Hospício Pedro II (PAIM, 1991).

Antes mesmo de iniciar a construção do hospital, após reforma de uma casa que havia no terreno, foram transferidos os alienados da Santa Casa para esse local, mesmo sem nenhuma estrutura adequada para assisti-los. O administrador

das obras ficou encarregado da guarda dessas pessoas, e de cumprir as ordens do provedor. Desde esses tempos pode-se constatar a forma precária, sem nenhuma responsabilidade da parte dos profissionais competentes, pelas condições de tratamento dessa população (PAIM, 1991).

Esses doentes ficaram totalmente abandonados. Mais tarde, o secretário da comissão administrativa da Santa Casa, colocou em reunião, a necessidade de um médico visitar esses alienados uma ou duas vezes por semana, com o fim de prescrever e formular o seu tratamento, e assim solicitar providências para melhorar a vida dos alienados. Com base nesta proposição, Dr. José Martins da Cruz Jobim ocupou o lugar de primeiro médico de doentes mentais no Brasil. A construção do hospital se arrastou por 10 anos, e a inauguração aconteceu no dia 5 de dezembro de 1852 (PAIM, 1991).

Logo após a inauguração do Hospício Pedro II, foram transferidas do Hospital Geral seis irmãs de caridade, com a finalidade de superintender a administração do novo estabelecimento (PAIM, 1991). As irmãs tinham domínio absoluto da população sob sua guarda, não admitindo grandes interferências, ficando o diretor e os médicos à mercê de suas informações.

O esboço de enfermagem psiquiátrica começou a ser delineado mais precisamente nessa época.

PAIM, em seu livro, coloca que tanto a subordinação do novo hospital à Santa Casa, como a administração por parte das irmãs de São Vicente de Paula, trouxeram um grande atraso ao desenvolvimento da assistência psiquiátrica ao Brasil. O hospital construído com recursos do estado, e com a finalidade de atender a população carente, ficou fora do alcance administrativo das autoridades, e passou a atender somente os poderosos ou os que podiam pagar.

Também a história deixa claro a caótica estrutura para se assistir esses alienados. O Dr. Ludovico da Silva, em um relatório de 1867, coloca em questão as condições do tratamento. Este, era de opinião que *“o alienado isolado, entregue a si mesmo, à contemplação de suas próprias idéias e privado da sociedade dos outros, tem em predomínio a vida interior sobre a exterior, o que constitui uma causa moral mórbida atuando sobre as já existentes da alienação”*.

Os doentes eram recolhidos da sociedade em geral e mantidos indefinidamente nesse hospício.

Os “alienados” internados recebiam um tratamento como se fossem grandes criminosos, pois *“eram encerrados em cubículos insalubres, térreos, estreitos, sem nenhuma das condições necessárias para restituir-lhe a razão alterada ou perdida”*.

PAIM (1991), também enfoca no seu livro, que o surgimento da psiquiatria com características nacionais, se deve à figura de Juliano Moreira, que em 23 de março de 1903 assumiu a direção do Hospício Nacional de Alienados, colocando em prática as idéias de Emil Kraepelin e outros psiquiatras alemães. Junto com ele surgiram outros nomes que publicaram trabalho importante dentro da psiquiatria, bem como a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, fundada por ele, em parceria com Afrânio Peixoto.

Constatamos também que os maiores avanços dentro da psiquiatria ocorrem mais dentro do campo teórico do que na prática. Desde seu início até os tempos de hoje, a assistência ao doente mental perdeu o seu enfoque de tratamento bárbaro, porém não melhorou o seu lado desumano. Atualmente temos poucas instituições que podem ser classificadas como as que oferecem um tratamento reabilitador, humano, digno e eficiente.

Quanto à enfermeira, está e sempre esteve inserida dentro desse caótico sistema de assistência psiquiátrica. Ela foi e é até hoje, membro da equipe, o profissional que passa mais tempo com o doente mental. Portanto, a que recebe a maior carga de responsabilidade e demanda dos sintomas. Em contrapartida, considerando indicadores como jornada de trabalho e número de doentes sob sua responsabilidade é, até hoje, o profissional em menor número dentro das instituições. Na maioria das vezes é o profissional que tem pouco ou nenhum preparo específico para atender esse tipo de doente. Essa realidade demonstra que ainda hoje a enfermagem não é reconhecida pelo restante da equipe técnica da instituição, como um elemento terapêutico, demonstrando desta forma a falta de apoio, de abertura e de reconhecimento por parte dos outros membros da equipe. Essa realidade faz parte da história, já que o primeiro encarregado de cuidar dos alienados era um “mestre de obras”.

O caminho percorrido, entretanto, de lá até aqui, não tem sido fácil. FRAGA (1993), retrata no seu livro, as atividades da enfermagem psiquiátrica no Ceará. Estas não são muito divergentes dos outros estados. Ela coloca que as atividades estão centradas dentro dos hospitais, com algumas tentativas de atendimento em nível de ambulatório e comunidade e que a grande força de enfermagem hoje, ainda é do atendente (na maioria sem preparo técnico específico para a área); que o número de enfermeiras é pequeno, e em função disso, sua atuação fica restrita às ações administrativas.

Hoje, dentro do enfoque da política de saúde mental, existe um movimento, por parte da enfermeira, na busca de um novo referencial, ou melhor, de um referencial próprio, dinâmico, ousado, autônomo. Vemos isso dentro dos Encontros de Pesquisadores em Saúde Mental e mais isoladamente nas posturas dos próprios

enfermeiros psiquiátricos, frente à equipe multidisciplinar que as instituições mantêm para atender o doente mental.

Como PEDUZZI (1990) afirma no seu artigo sobre "Caminhos e Descaminhos da Enfermagem Psiquiátrica" "O enfermeiro psiquiátrico está instrumentalizado acerca da dinâmica das relações humanas para estabelecer e desenvolver o relacionamento terapêutico", e eu ainda acrescentaria que este enfermeiro deve ter preparo específico e competência interpessoal para cuidar efetivamente, pois só assim terá condições suficientes para ser um dos agentes terapêuticos dentro da equipe de tratamento. Penso que entre outros, os fatores desfavoráveis a esse papel, são:

1. as políticas de saúde mental vigentes na prática, não retratam a realidade do discurso;
2. dentro do cenário da equipe de tratamento, o papel da enfermeira sempre foi de submissão, de obedecer ordem, de cumprir prescrição sem nada questionar e opinar ou, quando o faz, não é ouvida e quando é solicitada a ocupar sua função, não se sente preparada para tal.

Reverter isso é muito difícil, se insurgir contra esse gigante criado pelo tempo, o descaso pelo doente mental, é um ato de extrema ousadia ou de "loucura pura", como é visto por alguns. Mas, como ficar quieta, calada, conformada, quando as instituições de crônicos se multiplicam? Como ficar alienada dessa realidade, na qual ainda hoje alguns atendentes de enfermagem trabalham em hospitais psiquiátricos, apenas por que estão desempregados e porque não têm outra opção e a instituição que os acolhe não lhes proporciona nenhum treinamento adequado? Esta é uma postura negativa para o desempenho da enfermagem psiquiátrica. Tudo isso, apesar da lei do exercício profissional de 1986 prever a extinção dos

atendentes de enfermagem e o Ministério da Saúde exigir enfermeiros nos hospitais psiquiátricos!!

Ao relatar as ações de enfermagem que executei como enfermeira psiquiátrica, usando como base o relacionamento interpessoal terapêutico e os resultados na prática desta assistência ao doente mental, quero resgatar o compromisso moral e social que tenho como profissional engajada numa luta para melhorar a assistência ao doente mental, no seu dia-a-dia e não apenas esporadicamente, só para realizar um trabalho.

Quero com isso, também, mostrar que o enfermeiro psiquiátrico pode e deve, através de sua ação, ser visto como alguém capaz de criar um ambiente terapêutico que proporcione ao doente mental oportunidade de transformações, de mudança positiva.

Quero tentar, mesmo que seja com esse início tímido, mostrar que o enfermeiro tem responsabilidade de atender o doente mental com uma postura de igual para igual. Como alguém que não só tem o "poder das chaves" para abrir e fechar as portas, mas como alguém que tem o poder do conhecimento, o poder da ousadia de reconhecer naquele rosto esquelético e sofrido, um ser humano digno de um cuidado adequado, eficiente e fraterno.

Isto certamente o levará a não só sonhar com uma vida fora dos altos muros, mas em alimentar a esperança na certeza de que **o amanhã é um novo dia**, onde a alegria será sua companheira, e seu rótulo já não terá significado, o seu espaço se tornará um direito, a sua voz será ouvida e respeitada, enfim, ele é gente, é pessoa, é um ser humano feliz!

III PERSONAGENS RETRATADOS

3.1 UMA APRESENTAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

Quem sou? Mulher, casada, 5 filhos, mãe, dona de casa e enfermeira.

Como me percebo: uma pessoa simples, humana e sensível. Gosto de estar com os outros, de ajudá-los e, se possível, compartilhar um pouco de sua vida, de seus sofrimentos e de suas alegrias. Vejo o ser humano como alguém capaz de vencer desafios e superar os seus próprios limites. Considero que o respeito mútuo é fundamental quando dois seres diferentes se envolvem. Sinto que o afeto, além de aproximar as pessoas, faz com que uma ou outra, ou mesmo ambas, se sintam diferentes, importantes para si mesmas e para os outros, com maior motivação para viver o seu cotidiano.

Gosto de estar com as pessoas, de falar com as pessoas, de escutar as pessoas ou simplesmente olhar atentamente as pessoas. Às vezes penso que sou tudo, mas logo depois, sinto que não sou nada. Por vezes me dou conta que descobri soluções para todos os meus problemas, mas de repente descobro que tenho mais um problema. Enfim, vivo as minhas próprias contradições, procurando me descobrir cada vez mais, conhecer o que vai no meu íntimo. Procuro encontrar clareza sobre as minhas emoções e, com isso, atingir um ponto de equilíbrio que me dê segurança o suficiente para me aproximar do outro e ajudá-lo adequadamente, ou seja, desenvolvendo-me no processo de autoconscientização.

Na minha trajetória de vida, passei por fases onde convivi e vivi espaços de tempo de intenso sofrimento, que me proporcionaram um amadurecimento muito grande. Conseqüentemente, depois de sairmos dessas experiências, passamos a ver o mundo, a vida, as pessoas, os acontecimentos sob outra ótica. Após termos

passado pessoalmente por momentos em que sentimo-nos perdidos, despedaçados interiormente, fragilizados ao ponto de não termos noção do que faremos ou de quem seremos no amanhã... De alguma forma, com energia vinda não sei de onde, com o apoio de pessoas que estão ao nosso redor, compartilhando a nossa dor, conseguimos juntar os nossos pedaços, montá-los e retomamos o nosso papel social, pessoal e familiar. O papel é o mesmo, porém nós não somos os mesmos, então o enfoque é outro, pois a vida e tudo que faz parte, tem para nós um outro sentido, especialmente o "ser humano" é visto sob outro ângulo. Seu sofrimento faz parte de mim, na medida que sinto-me responsável por ajudá-lo a carregar, ajudá-lo a buscar alternativas para sentir-se melhor, ajudá-lo nessa luta muitas e muitas vezes solitária e estéril. Portanto, todas as pessoas do grupo que convivo, que têm um comportamento mais destoante do grupo, são normalmente as que mais me atraem, me sinto impelida em me aproximar, tenho um desejo forte de saber as razões de seu comportamento, sinto uma vontade enorme de compartilhar o seu mundo, a sua vida, as suas emoções: é quase uma atração natural e irresistível.

O que faço? Cuido de pessoas. Procuro ajudar as pessoas, estou com as pessoas e compartilho com elas um pouco das suas vidas, das suas alegrias, do seu sofrimento - sou enfermeira e exerço o cuidado de enfermagem. Como todo profissional, um longo caminho de aprendizado foi percorrido para chegar até aqui; o que se segue compõe um pouco da minha história profissional.

Impelida pelo ideal de que barreiras devem ser vencidas, dei-me conta, fazendo o curso de enfermagem, da grande paixão pelo curso. A grande identificação ocorreu após o estágio curricular na disciplina "Enfermagem Psiquiátrica". Foi após ter transposto os muros altos, os muros culturais, os muros dos medos e das crenças e ter conseguido me sentar bem próximo daqueles seres

tão temidos e isolados pela sociedade, que consegui entender, compreender e sentir que algo me fascinava naquele indivíduo, algo me atraía para aquele desafio diário. Foi uma descoberta maravilhosa, que me impulsionou a querer mais, a buscar conhecimentos para subsidiar a minha prática.

Fui trabalhar como atendente de enfermagem numa instituição psiquiátrica, ainda durante o meu curso de enfermagem. Mais tarde, só o diploma de enfermeira não bastava, porque já existiam muitas coisas que eu não entendia dentro daquele universo da loucura, não era claro para mim qual papel desempenhar. Tinha certeza que enfermagem não era só aquele diploma, pois eu ainda não dominava o conhecimento a respeito de doença mental.

Então busquei uma especialização em enfermagem psiquiátrica e a fiz dentro de uma instituição onde convivia com os doentes mentais de 8 a 12 horas por dia. A teoria era compreendida concretamente na prática, e a prática era entendida no bojo da teoria. Foi um grande aprendizado profissional, mas foi maior o aprendizado para a vida... Houve uma identificação tão forte e tão próxima com quem eu cuidava, que muitas vezes me sentia parte deles, parte do mundo deles e podia então compreendê-los verdadeiramente. Carl ROGERS (1961) coloca isso como sendo uma atitude de interesse verdadeiro, de congruência e de compreensão empática e ressalta serem essas as atitudes que tornam possível uma relação afetiva. BUBER (1977) coloca isso como **inclusão**, ou seja, um impulso audacioso que exige uma mobilização muito intensa do próprio ser para dentro da vida do outro.

O que fazer com essas descobertas interiores? Como eu poderia atuar como enfermeira psiquiátrica? Já que possuía uma qualidade, o que PEPLAU (1988) e TRAVELBEE (1969) afirmam ser a ferramenta do trabalho da enfermagem

psiquiátrica, ou seja, me sentia, me percebia como pessoa. Eu e minhas habilidades interpessoais é que iriam guiar o encontro e ajudar, efetivamente ou não, o doente mental. Sentia que tinha, como enfermeira psiquiátrica, uma responsabilidade social imensa, já que o atendimento ao doente mental era e é caótico, já que nos hospitais, os indivíduos, em vez de irem embora de alta, acabam vivendo para sempre dentro dos altos muros, com o rótulo de crônicos.

Retomando o meu eu profissional, após algum tempo, fui trabalhar no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Como docente, voltei a conviver com o paciente, desenvolvendo o que havia aprendido. Comecei a defender os meus próprios pressupostos a respeito de enfermagem, de ser humano, de doença. O velho interesse só foi se solidificando, se intensificando. Sentia que a estrada que me conduzia na caminhada de encontro ao outro, era de mão dupla. Uma via ia de encontro ao outro; a outra via vinha de encontro a mim mesma. Esses encontros tornavam claro para mim, aspectos que sozinha não havia percebido. Sentia que através deles eu tinha de refletir sobre o que estava acontecendo e sobre o que fazer no futuro dentro da relação. Esses momentos proporcionavam-me uma compreensão melhor da minha própria pessoa. PEPLAU (1952) e TRAVELBEE (1969) relacionam essa necessidade da enfermeira se autoconscientizar de suas potencialidades e limitações, para não interferir na relação com o paciente. Isso é corroborado por TAYLOR (1992), quando afirma ser a autoconscientização, uma das condições essenciais, quando se assiste o doente mental.

Com o decorrer do tempo, ficou claro para mim que enfermagem é, primeiramente, um encontro entre dois seres humanos - um encontro pessoa-pessoa, entre o profissional que oferece cuidado de enfermagem e o ser que dele necessita. É um espaço permeado por singularidade de ambos os lados, portanto,

único e particular. PEPLAU (1988) sintetiza muito bem estes pontos, quando diz que enfermagem é um relacionamento interpessoal significativo para ambos. Sinto-me realizada profissionalmente quando consigo executar um cuidado efetivo com o tipo de doente mental. Sinto um interesse sincero em partilhar um pouco do seu mundo, de compreender os seus delírios e suas atitudes. Fico imensamente gratificada quando consigo tornar a minha pessoa um ponto de apoio para ele, ou um trapiche onde ancorar seu barco durante a brava tempestade, ou então, ser um fio quase invisível, porém muito forte, onde ele possa "se agarrar" para não cair no abismo profundo e apavorante da desagregação, da cronicidade...

Coloco-me por inteira nessa relação com o outro. Procuro dar o que tenho de melhor em mim: o meu apoio, o meu respeito, a minha disposição verdadeira para ajudar, e o meu afeto, ou seja, o meu amor. Não aquele amor possessivo ou egoísta, não aquele amor que cerceia sua liberdade, sua esperança, tornando o outro um objeto de uso ou de manipulação, mas sim, um amor que veja no outro um ser humano único, um amor que faça o outro se sentir mais forte, um amor que proporcione ao outro a sensação de estar acompanhado mesmo estando só, demonstrando isto através de falas como: *"Ontem quando me deu vontade de bater, eu me lembrei do que você me falou, e pedi para eles (pessoal de enfermagem) me amarrarem, pois não ia me controlar..."*. *"Com você eu me sinto bem melhor..."*.

Essa relação porém não é simples. Ela não acontece ao acaso, de forma aleatória. Ela é muito complexa, ampla e profunda, é um processo. TRAVELBEE (1979), PEPLAU (1988), JOEL; COLLINS (1978), colocam algumas particularidades dessa relação. PEPLAU (1988), se refere a ela como sendo um processo cognitivo no qual enfermeira e doente procuram, através da relação interpessoal, corrigir

distúrbios do pensamento, sentimento e das ações; um processo que propicia a maturidade e é educativo. TRAVELBEE (1979) afirma que a relação enfermeira-cliente, é um processo interpessoal mediante o qual a enfermeira ajuda uma pessoa, família ou comunidade, com o objetivo de promover a saúde mental ou enfrentar as experiências de sofrimento da doença, e descobrir um sentido para estas experiências.

Outros autores deixam claro que todo processo interpessoal tem algo de particular (JOEL; COLLINS,1978). Neste processo ocorrem vários encontros orientados por objetivos e atitudes, de ambas as partes, que vão tornar a relação um espaço onde surgem transformações, crescimento positivo, e consideram isto como terapêutico. SYMONDS, citado por PEPLAU (1988) e CORDIOLI (1993) enfoca o processo interpessoal terapêutico como uma forma de auxiliar o outro a resolver problemas: se tenta desenvolver, buscar, encontrar em conjunto com o doente, soluções para seus problemas. Podemos perceber que as colocações destes autores corroboram as de JOEL; COLLINS (1978).

Para ROGERS (1961), os ingredientes efetivos em situação interpessoal, na verdade, são os mesmos existentes em uma efetiva relação humana: o calor humano, a autenticidade, a empatia, os quais por si só são suficientes para provocar as mudanças e para atingir até o esquizofrênico mais recalcitrante.

Essas são as idéias fundamentais, afirmações que reforçam o caráter humanístico do trabalho em enfermagem psiquiátrica, das quais compartilho fortemente e que constituem-se nos parâmetros que utilizo por base para guiar a minha ação como enfermeira.

Sei que a empatia que experimento com o doente mental, torna mais fácil me valer da teoria na prática, pois isto proporciona uma proximidade tal, uma tal compreensão do outro, que facilita o processo de troca e de crescimento mútuo.

3.2 UMA APRESENTAÇÃO DO DOENTE E DA DOENÇA MENTAL

A realidade caótica que diz respeito às doenças mentais, às formas institucionais psiquiátricas adequadas para tratá-las, ou sobre as terapias mais adequadas, nos leva à necessidade de conhecer um pouco da história da loucura. Como ela foi concebida e como se desenvolveu a cultura da qual faz parte. Adentrando um pouco na história dessa realidade, FOUCAULT (1993) descreve no seu livro "Microfísica do Poder", que o início do internamento coincidiu com o momento de mudança de visão sobre a loucura na época. Antes do século XVIII ela era vista dentro de um eixo "verdade-erro-consciência", era considerada como uma forma de erro ou de ilusão.

O tratamento era feito nos lugares considerados terapêuticos, sendo a natureza o melhor lugar para corrigir os erros e dissipar as quimeras. Dentro dessa concepção, o indivíduo era mantido na própria comunidade, sendo prescrito viagens, passeios, repouso, retiro, entre outros. A partir do século XIX, a loucura começou a ser vista com relação à conduta regular e normal. Isto é; apresenta-se como uma desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre (FOUCAULT, 1993, p.121) ,sendo desta maneira categorizada dentro do eixo Paixão-Vontade-Liberdade.

Frente a esta situação, o hospital surgiu como um diferente meio pelo qual a verdade sobre a doença mental deveria ser descoberta, a paixão pervertida deveria ali encontrar uma vontade reta e paixões ortodoxas. As palavras de ordem para o

tratamento eram: *"Deve-se aplicar um método perturbador, quebrar o espasmo pelo espasmo"*; *"deve-se subjugar todo o caráter de certos doentes, vencer suas pretensões, domar seus arroubos, quebrar o seu orgulho"*. (aspas do autor) (FOUCAULT, 1993). Foram esses parâmetros de tratamento - verdade, que estruturavam o hospital psiquiátrico do século XIX.

Como dois sujeitos estariam dentro desta relação, cada qual dentro da sua realidade, isso sem dúvida levaria a um confronto: a vontade do doente e a vontade do médico, cabendo ao doente, que era considerado como sendo a vontade perturbada, submissão e renúncia.

Dentro desse referencial, o que permeava a relação dessa coletividade, e sob a qual se estruturavam todos os procedimentos técnicos era o "sobre-poder" médico, citado por FOUCAULT (1993). Esse poder era fortemente garantido pelo conhecimento do médico, pois dentro da relação somente ele possuía um saber científico, portanto era ele o competente e o que conhecia as doenças e os doentes.

Pode-se concluir o quão vertical era esta relação...?

Toda essa produção de "verdade" começou a ser questionada no fim do século XIX. Podemos tomar como referência as colocações de BASAGLIA citadas por FOUCAULT (1993), na qual caracterizou as instituições como coletividade onde existiam dois lados distintos: os que detinham o poder e aqueles que não o tinham.

Ou seja, o simples fato de estar internado, tornava esse indivíduo sem nenhum direito, sem voz ativa e sem liberdade para ação. E todos os movimentos de mudança dentro da psiquiatria de lá para cá, giram em torno da distribuição do poder na relação entre médico (como representante da sociedade em geral) e doente mental.

Portanto, as relações de poder constituíam o “a priori” da prática psiquiátrica e permanecem até os dias de hoje. Dentro desse binômio de poder “médico x cidadão sem direito”, o doente mental, não existe força na camada subordinada e alienada para romper, para transformar essa relação massacrante e cronificante, na qual vive a grande maioria dos doentes internados em hospitais psiquiátricos.

O caminho, portanto, percorrido pelo doente mental, é longo. Vem desde o momento que era considerado fora do eixo verdade-erro-consciência, ou por leigos como “endemoniado”, devendo ser queimado numa fogueira para proteger a sociedade dos males que ele poderia fazer. Hoje em dia existem várias teorias explicando as causas das doenças mentais, cada uma com sua linha de seguidores que a explicam cientificamente, dentro de raciocínio lógico e eficiente, englobando também o tratamento mais adequado, segundo o ponto de vista por eles defendido.

No que se refere aos conhecimentos sobre esquizofrenia, doença mental que sempre predomina neste cenário, estes fazem parte desse emaranhado teórico, pois, linguagens diferentes são usadas para explicar um mesmo fenômeno. Sintomas são descritos sob óticas diversas, criando disparidades dentro de uma mesma patologia. Isso resultou no que BELMONTE et al (1994) coloca na introdução do programa educacional do World Associação Mundial de Psiquiatria, “como a construção da Torre de Babel”, essa situação caótica já estava instalada em 1960, devido à grande discrepância não somente nas estatísticas de esquizofrenia, como de proposições etiológicas e propostas terapêuticas.

O quadro não mudou muito, como já coloquei, de lá para cá. Novos enfoques vão surgindo, na ânsia de explicar e justificar o grande percentual de internação ou o grande número de pacientes que se mantêm internados por longos

anos, ocasionando grandes prejuízos ao indivíduo, à família, à sociedade e ao estado.

A realidade que o doente vive dentro do hospital, convivendo com a maioria da população interna com o diagnóstico de esquizofrenia é a mesma de tempos atrás. As mudanças que ocorrem são de outras naturezas e abrangem o enfoque no tratamento. O doente esquizofrênico, portanto, com o passar dos anos, vai cronificando-se; dessa forma, tem reduzido as suas possibilidades de se reintegrar na sociedade, de retomar seu papel social, enfim, de viver livre, com um mínimo de dignidade.

Para melhor compreensão do leitor, vou discorrer rapidamente sobre a história da esquizofrenia, com a finalidade de clarear melhor o que seria essa “Torre de Babel”.

Quem primeiro observou os sinais dessa doença foi Emill Kraepelin que, no final do século XIX, delineou os primeiros conceitos de esquizofrenia, baseado na idade de instalação e na determinação da personalidade. Surgiu, então, com a designação de demência precoce. Na época era classificada como uma doença arrasadora no começo da fase adulta, causando grande deterioração da personalidade. Mais tarde, BLEULER substituiu o termo demência precoce por esquizofrenia, que significa “mente fragmentada”, enfocando, principalmente, a fragmentação do pensamento e o afrouxamento das associações como sua característica fundamental. BLEULER se concentrou em identificar os sintomas que, na época, foram chamados “os quatro ‘As’ bleuberianos”, ou seja: associações (dissociações de pensamento), ambivalência, autismo, embotamento afetivo, abolição e prejuízo de atenção, o que na verdade, constituíam seis sintomas e não quatro.

BLEULER também mostrou que os delírios, as alucinações e os sintomas catatônicos faziam parte de outros grupos de manifestações, mas que poderiam ocorrer juntos. Esses conceitos de BLEULER foram reconhecidos no mundo inteiro, e por muito tempo era só esse enfoque que caracterizava a doença em si.

Ao longo da história, um psiquiatra europeu, Kurt SCHNEIDER, começou a pesquisar o que ele denominou de sintomas patognomônicos e criou o conjunto de "Sintomas de Primeira Ordem" (SPO), que ele acreditava serem específicos da esquizofrenia e de seu diagnóstico. No Manual *Ensinando e Aprendendo sobre esquizofrenia*, do WPA da Associação Mundial de Psiquiatria, os Sintomas de Primeira Ordem (SPO) Schneiderianos são descritos "como tipos específicos de delírio e alucinações", tais como inserção de pensamento, irradiação de pensamento, delírios de controle e vozes. O mesmo manual traz que "as três correntes: a Kraepeliana, a Bleuberiana e Schneideriana" coexistem no pensamento contemporâneo, no que se relaciona à natureza da esquizofrenia.

Hoje, mais do que nunca, se questiona a origem da esquizofrenia. As questões no campo, como origem, sintomas, curso, classificação, são temas abordados de diferentes maneiras, por diferentes pesquisadores. Com os avanços técnicos e científicos, a velocidade e mudança de informações acarretam um grande número de conceitos, muitos deles divergentes entre si.

O manual da Associação Mundial de Psiquiatria, coloca que entre os conceitos em voga, o mais aceito é o que denomina esquizofrenia como uma doença multi-sistêmica, que apresenta manifestações persuasivas em muitos aspectos do pensamento, emoção e relacionamento interpessoais.

Tanto o CID10 (1995) (Classificação Internacional de Doenças), como o DSMIV (Diagnostic and Statistical Manual - da American Psychiatric Association

1995), apesar de divergirem um pouco com relação aos sintomas iniciais, pois enfatizam ângulos diferentes inicialmente, porém num todo ambos se assemelham muito. A grande diferença fica por conta do tempo de duração dos sintomas. No CID10, um mês de sintomas já caracteriza um quadro de esquizofrenia, enquanto que no DSMIV, a persistência dos sintomas deve ser de seis meses.

Temos diversas correntes que podem nos levar a diferentes rumos da compreensão do doente esquizofrênico. Podemos tomar o caminho permeado por técnicas psicanalíticas e tentar entender e compreender a estrutura psicótica do doente, quer seja pela visão de não elaboração do complexo de Édipo, de Freud ou, da posição esquizo-paranoide, de Melaine Klein. No entanto, se atentarmos para o fator genético, motivo de inúmeras pesquisas nos últimos anos, teremos uma outra visão e um novo entendimento da patologia, mas se o estudo tiver o enfoque da década atual, vamos nos enredar nos estudos neuropatológicos do cérebro, os quais demonstraram diversos tipos de anomalias sutis nas estruturas límbicas, ou seja, na formação hipocampal, no giro parahipocampal e cíngulo, no córtex entorrinal, entre outros... As anomalias encontradas nessas estruturas, podem explicar as causas dos sintomas apresentados pelo pacientes esquizofrênicos, tanto a nível cognitivo como emocional.

Alguns autores como BELMONTE et al (1994) afirmam que, em função dessas alterações estruturais do cérebro, a esquizofrenia é colocada no mesmo grupo das demências. Porém, em Ensinando e Aprendendo sobre Esquizofrenia, da WPA (Associação Mundial de Psiquiatria), é claramente colocado que o tipo e a extensão das alterações relatadas variam, sendo que alguns estudos não foram possíveis serem reproduzidos em todos os grupos de pesquisa, o que não caracteriza um padrão homogêneo de patologia límbica na esquizofrenia. Porém, a

vasta maioria dos estudos concluídos até o momento, concordam que há mudanças sutis em regiões límbicas do cérebro, responsáveis pela emoção, de uma porcentagem significativa de esquizofrênicos, mas o mesmo manual trás que as alterações são bem menores que as encontradas nas doenças cerebrais degenerativas.

Outras literaturas que tratam este assunto, apresentam certas reservas com relação às pesquisas desenvolvidas segundo esse enfoque, ao considerar os tamanho da amostra, sendo que nos últimos 20 anos foram encontradas 27 estudos “pós-mortem” que são consistentes com uma anomalia no desenvolvimento cerebral.

Na realidade, porém, ainda não há consenso geral com relação a algumas questões, tais como:

- a) a alteração estrutural de desenvolvimento cerebral e a demora do aparecimento dos sintomas (os primeiros sintomas no esquizofrênico ocorrem entre 20-25 anos);
- b) a população estudada, normalmente passou grande parte de sua vida usando drogas como neurolépticos, benzodiazepínicos e anticolinérgicos;
- c) e ainda, até que ponto essas medicações afetariam os resultados.

São questões que permanecem em aberto, e que de uma forma ou outra deixam em aberto e ao futuro, a explicação para causas ou fatores desencadeantes da esquizofrenia e das doenças mentais. De modo genérico, o que faz com que as terapias disponíveis para esse doente sejam as mais diversas possíveis. Essa falta de consenso sobre as causas da doença, dificulta uma uniformidade de tratamento, prejudicando diretamente o doente, pois a sua cronificação pode ser vista nas superlotações dos hospitais psiquiátricos apesar da Reforma Psiquiátrica.

IV. ELEMENTOS PARA A TRAVESSIA

4.1. PRESSUPOSTOS

É apenas um início de uma conceituação teórica pois, não me fundamentei em uma única teoria e sim um conjunto de conceitos que acredito serem fundamentais para o **relacionamento interpessoal** e que tenho usado, sem contradições e conflitos na minha prática como enfermeira psiquiátrica. Esses conceitos estão alicerçados em concepções, valores, crenças e princípios que eu acredito, primeiro como pessoa, segundo pela prática profissional desenvolvida até aqui. Uma grande parte do exercício do meu viver foi estar em contato com o doente mental. Esses contatos foram tão próximos e significativos, que me levaram a buscar uma compreensão maior do que ocorria. Isso só foi possível através de vivências, leituras, reflexões profundas e observações constantes, e comunicação com o doente mental onde pude comprovar que apesar de momentos diferentes e respeitando a individualidade do doente, alguns fenômenos se repetiam com a mesma intensidade.

Baseada nisso formulo alguns **pressupostos** iniciais:

- ◆ o relacionamento interpessoal terapêutico facilita o amadurecimento, tanto da pessoa-doente como da pessoa profissional;
- ◆ o desenvolvimento do Relacionamento Interpessoal Terapêutico em nossa realidade é possível;
- ◆ o afeto-amar e ser amado é inerente ao ser humano e elemento essencial para o desenvolvimento efetivo do Relacionamento Interpessoal Terapêutico;

♦ a humanização da assistência só é possível, quando desenvolvemos um relacionamento interpessoal terapêutico baseado no envolvimento, respeito mútuo, na empatia e afeto verdadeiro;

♦ a relação interpessoal terapêutica é construída no exercício do dia a dia, tentando-se aplicar o conhecimento existente e respeitando-se a singularidade de cada um - o ser pessoa.

♦ o doente mental crônico internado é capaz de responder positivamente quando encontra "do outro lado" uma pessoa que lhe trate dignamente.

4.2 MARCO CONCEITUAL

Os conceitos apresentados a seguir como já citei emergiram de reflexões teóricas e práticas sobre o assunto, eles estão tão interligados que torna a tarefa de apresentá-los um-a-um preocupante, porque ao descrever um muitas vezes começamos a focar o outro. Descrevo inicialmente o ser humano, a seguir procuro retratar as várias faces que compõem esse ser humano. Ao descrever o relacionamento interpessoal me preocupei em abranger o todo da relação, mostrando todo o processo e o que vai tornar a experiência realmente humana, única, singular.

Ao descrever os conceitos procurei manter uma coerência de pensamento, isto é, após a formulação os vários conceitos busquei validá-los junto a autores que comungassem das mesmas concepções minhas.

Ser Humano

É uma pessoa que sente que pensa, que precisa amar e ser amada, que necessita de afeto e que busca ao longo do seu desenvolvimento ser feliz. Como

ser social que é, está em constante interação com os demais, determinando as suas relações de vida, de participação social e fazendo a história. Ele está em processo contínuo de desenvolvimento, processo esse que engloba todo o seu “ser” e a sua relação consigo mesmo, com os outros e com a natureza.

O ser humano é único, com suas limitações, com suas paixões e com suas potencialidades. Como diz MENDES (1994), citando Gabriel MARCEL, o homem não pode ser reduzido a objeto, como algo diante de nós que poderíamos analisar ou examinar. Essa impossibilidade de redução do homem ao objeto indica, que o homem é muito mais, que ele transcende a tudo.

O ser humano com quem interajo é um doente mental, um ser em dificuldades sérias, principalmente de relacionamento consigo, com os outros e com o meio. Considerando isso, tenho que ter bem claro para mim quem é ele, e entendê-lo dentro do contexto que se encontra. É um ser que eu percebo às vezes, como desagregado e confuso, mas que busca um caminho, uma saída ou uma vida melhor. Essa procura parece-me ser em primeiro lugar “ir embora”, pois o mundo dentro da instituição lhe é ameaçador. Isso é bem caracterizado por BARROS (1992), ao descrever sua vivência, como paciente de hospital psiquiátrico onde afirma que na hospitalização o paciente psiquiátrico não pode ter desejo ou opinião própria. É obrigado a se amalgamar de acordo com os padrões, os horários e as ordens dos médicos e dos enfermeiros; internar uma pessoa, portanto, significa cassar-lhe a cidadania. Transformá-la em uma pessoa de segunda categoria, inferior e sem possibilidade de livre arbítrio. O doente mental busca a seu modo uma maneira de sobreviver dentro do hospital, porém persiste a vontade de ir embora.

Suas manifestações de comportamento de isolamento e desconfiança afastam-no de todos e acaba convivendo só com a sua dor, seu medo e sua ansiedade e angústia. Daí ter o seu pensamento cada vez mais afastado da realidade, criando um novo mundo delirante no qual acredita firmemente. (BARROS, 1992). Muitas vezes na interação com os demais tem dificuldade em virtude de sua linguagem simbolizada, do seu isolamento e da sua desorganização têmporo-espacial, sendo necessária uma observação mais criteriosa, para uma ajuda efetiva.

O que percebo é que muitas vezes a pessoa doente tem uma concepção negativa de si mesmo, uma auto-estima muito diminuída, não sente-se bom o suficiente para amar e ser amado, desistindo com o passar dos anos, de lutar cristalizando os sintomas cronicante.

É como BOWLBY (1982) diz, o que caracteriza o indivíduo psicologicamente doente é a sua incapacidade para regular satisfatoriamente seus conflitos, o que perturba seu bem-estar.

Acredito que para esse indivíduo resgatar sua cidadania necessita de um cuidado diferenciado e humanizado, dentro de relações efetivas com a finalidade de oferecer-lhe meios, elementos, subsídios que lhe permita vislumbrar seu verdadeiro sentido de vida, na esperança de ser feliz.

Mas como acontece as relações onde o afeto se sobressai de tal maneira que torna o relacionamento um meio através do qual o ser humano pode buscar o seu amanhã.

Um dos componentes principais para acontecer esse amor, que torna o ser humano, um ser feliz, é o afeto e vínculo.

Afeto/Vínculo

Ao longo da minha prática venho observando que apesar de todo o estigma e crenças, para mim esse doente antes de tudo é uma pessoa, um ser humano, que está em constante relação com outra pessoa. Essa relação tem significados diferentes e valores diferentes. Observei que um grande número de “relações” não passa de um mero contato, tão superficial que não produz alteração perceptível no “mundo do doente”, ou pior, nem é percebida, o que me leva a supor que não houve interação. Outras, porém, tem significado, e, embora em número muito reduzido, são extremamente significativas, podendo ajudar ou prejudicar a pessoa considerada doente. Tenho me questionado bastante sobre: O que tornaria uma relação interpessoal significativa o bastante para levar a pessoa doente a ter um relacionamento com o outro de maneira significativa? O que diferencia uma da outra?

O comportamento de ligação como o denomina BOWLBY (1982), é concebido como qualquer forma de comportamento que leva a pessoa a alcançar ou se manter próxima da outra diferenciada e preferida, a qual é usualmente considerada mais forte e mais sábia.

Eu tenho em primeiro lugar, que gostar do outro, sentir um afeto verdadeiro perceber aquilo que nos aproxima, mesmo estando em mundos considerados diferentes. O afeto pelo qual eu vou sempre me guiar, deixando o outro crescer na decisão que ele próprio estabelecer. É através da capacidade de amar o outro, que consigo transmitir-lhe por meio de um sentimento empático minha crença de que ele tem potencial, possibilidades para mudar, crescer, encontrar um sentido para sua vida, e experimentar o sentimento da esperança. Segundo BUBER (1974) o amor é uma força cósmica. É responsabilidade de um EU para com um TU.

O amor envolve não só o amar como também o ser amado, como coloca MASLOW (1970) no seu estudo sobre as necessidades humanas básicas. Já para FROMM (1990) *“O amor não é uma relação com uma pessoa específica; é uma atitude, uma orientação de caráter, que determina a relação de alguém para com o mundo como um todo, e não para com um objeto de amor”*.

CARDELLA (1994) no seu livro onde aborda o amor dentro da relação terapêutica coloca que *“o amor capacita-nos a perceber o participar da existência do outro, permite-nos transcender nossas limitações e é a grande força geradora de crescimento pessoal, através da relação com os outros seres humanos”*. Isso é reforçado por declarações de FROMM (1990), nas quais defende que através do amor o homem pode aproximar-se do outro superando o sentimento de isolamento, sem perder a sua singularidade e integridade.

O amor fraterno é o amor pela humanidade, por todos os seres humanos. É a experiências de solidariedade, da semelhança, de vivenciar e compartilhar a própria humanidade. O amor fraterno é o amor não exclusivo, não possessivo. É ele que possibilita a aproximação e a formação de um vínculo entre as pessoas, por ser experimentado através de sentimentos de familiaridade com o outro. (CARDELLA, 1994)

Sinto que o meu relacionamento com o doente mental é imbuído desse amor fraterno de interesse genuíno e é por meio deste sentimento que vou desenvolver um vínculo afetivo com o doente que possibilitaria nos aproximarmos o suficiente para nos ajudarmos mutuamente.

Amor para mim e interesse verdadeiro, é a condição de ser empática, é poder realmente compreender o ser humano, e ter disponibilidade para ajudá-lo. É o

respeito que tenho para o outro, e a confiança que passo através das minhas atitudes, para com o outro.

A formação de um vínculo portanto, é descrita, como “apaixonar-se”, a manutenção de um vínculo, como “amar alguém” e a perda de um vínculo como “sofrer por alguém”... A manutenção de um vínculo afetivo é sentida como uma fonte de segurança, e a renovação de um vínculo, como uma fonte de júbilo (BOWLBY: 1982): É como eu me sinto em cada relação com o doente mental.

A seguir caracterizarei melhor esse amor, da relação interpessoal, descrevendo os seus componentes. Como citei no início desse capítulo é difícil descrever um conceito separadamente, pois todos estão interligados. Ao caracterizar o amor, também estarei delineando o meu, relacionamento e a pessoa doente

Interesse

Deve ser autêntico, não é aquele que falamos a pessoa-doente “eu estou interessada em ajudar...”, mas aquele que o paciente percebe pela nossa maneira de agir, pela comunicação verbal e não verbal. É um interesse que extrapola a percepção normal. Não podemos comunicar verdadeiramente o que não sentimos. É este interesse que me motiva a procurar o outro para compreender o que aconteceu com ele, até no período que não estou perto. Pois se realmente me interessa pela pessoa-doente, isso deve ser feito de forma integral e não só num período.

Quanto mais o ENFERMEIRO é ele mesmo na relação, sem colocar nenhuma capa profissional ou fachada, maior é a probabilidade que a pessoa-doente tem de crescer e mudar de maneira construtiva. Isto significa que o profissional está abertamente “sendo” os sentimentos e atitudes que estão fluindo

de dentro dele naquele momento e conseguindo, então demonstrar interesse genuíno pelo outro.

Aceitação

Aceitar o paciente é respeitá-lo demonstrando interesse por ele, mesmo quando expressa comportamento não aceitáveis. Temos de considerar entretanto que a aceitação incondicional é do doente e não aceitação automática de todo seu comportamento.

Tem-se de oferecer à ele a liberdade de expressão de seus pensamentos, sem julgá-lo. Quando esta expressão, entretanto põe em risco a própria vida ou a dos demais, há necessidade de imposição de limites, explicando-lhe sempre o que está ocorrendo, o que está sendo feito, o porque das ações, sempre chamando-o pelo próprio nome. Apesar de estarmos colocando limites ao seu comportamento o estamos aceitando como pessoa, com sua identidade.

Aceitar os aspectos negativos é que fica difícil, pois quase sempre temos um estereótipo de comportamento com relação ao da pessoa-doente. Na maioria das vezes, ela não tem condições internas e externas para corresponder a este estereótipo, surgindo com isso a frustração e a dificuldade de relacionamento. Para aceitar a pessoa-doente devo compreendê-la verdadeiramente, e isso só é possível se experimento a empatia. Tenho que partir de uma compreensão empática se quiser chegar ao ponto de encontro de ajuda, apesar dos seus aspectos negativos, e mesmo dentro destes, buscar formas de relacionamento menos conflituosos, sempre dentro do objetivo do relacionamento terapêutico.

"A pessoa-profissional" é uma pessoa autêntica, que realmente compreende os vacilos e fraquezas do cliente e as aceita, sem tentar estabelecer

regras ou corrigi-lo. Aceita, preza e valoriza o indivíduo todo, dando-lhe incondicionalmente, a segurança e a estabilidade no relacionamento de que ele precisa para correr o risco de explorar novos sentimentos, atitudes e condutas. (ROSEMBERG, 1977)

Empatia

Empatia tem sido definida como habilidade de tentar se colocar na situação vivida pela outra pessoa, sem perder a própria identidade, para perceber o mais apuradamente seus sentimentos e os significados que atribui às coisas sendo isso um dos mais importantes aspectos. (ROGERS, 1961)

Empatia é a habilidade de tentar “entrar” na vida de outra pessoa e perceber acuradamente seus sentimentos e significados. (SUNDEEN et al, 1989)

Ainda SUNDEEN et al (1989), coloca o fenômeno da empatia fenômeno como um fio condutor para as intervenções do terapeuta em termos de conteúdo da comunicação, orientando o tempo certo de transmitir e receber mensagens, podendo optar por ficar calado se sentir que é melhor para o doente naquele momento.

O mundo do doente é tão complexo, estranho e desconhecido, que se não tivermos capacidade de tentar nos colocarmos no lugar dele (doente), jamais vamos compreender em profundidade o seu comportamento.

É através da empatia que consigo estabelecer o vínculo e me comunicar adequadamente, aprofundado a relação com a pessoa-doente.

Essa é uma tarefa difícil, não serão todas as pessoas que conseguem experimentar a empatia, ficando a interação em nível tão superficial que o doente sempre permanece só. Talvez o testemunho de BARROS (1992) explique o que

falta de empatia quando relata no seu livro que *"a maior e mais significativa vivência que se tem nas clínicas psiquiátricas é a solidão, a sensação de não ser ninguém"*.

É preciso se estar em perfeita sintonia com o doente para realmente ajudá-lo. Essa colocação é validada quando BARROS (1992) coloca que um paciente ao sair de um surto, voltando-se aos poucos à sanidade, escorregando pelas paredes lisas de sua psique, precisa encontrar o médico, o enfermeiro, ou qualquer outra pessoa, que seja capaz de perceber este momento de retorno ao mundo que os cerca para que possam realmente ajudar ou pelo menos para não atrapalhar. Esses momentos cruciais só podem ser percebidos quando há envolvimento. Segundo STEFANELLI (1993) estar envolvido, experimentar empatia e manter o respeito mútuo, são elementos que unem a arte e a ciência de enfermagem.

Confiança

Considerando a pessoa-doente mental, para me relacionar adequadamente parto da premissa que ele precisa confiar em mim e eu nele. A confiança é básica, o doente mental precisa em primeiro lugar aprender a confiar em mim. Em grande parte, consigo fazer isso demonstrando uma autêntica aceitação do outro, minha disponibilidade interna e interesse em ajudá-lo. Com o "meu ser humano" o doente mental, eu vou sempre estar visando a mudanças de atitudes, eu vou estar instrumentando-o para se relacionar melhor com os outros e com a vida. Para isso é necessário que ele confie em mim, é necessário que eu crie um ambiente seguro com pessoas dignas de confiança, no qual ele sinta que estou querendo realmente ajudá-lo facilitando dessa maneira a expressão dos seus sentimentos.

A confiança é necessária se realmente queremos ajudar, sem o estabelecimento da confiança a relação de ajuda terapêutica não progredirá além

do nível mecânico de atendimento superficial de necessidades básicas. É necessário também que eu confie no outro, no seu potencial para crescer. *“Confiar no outro é deixá-lo em liberdade; isto inclui um elemento de risco e um salto no desconhecido, e ambos exigem coragem”.* (MAYEROFF, 1971, p.40)

TRAVELBEE (1969) definiu confiança como uma crença firme de que algumas pessoas são capazes de auxiliar em tempos de necessidades e que provavelmente o farão!

Confiança é um sentimento de lealdade, fidedignidade que experimentamos em face da outra pessoa, que faz com que nos sintamos seguros.

Quando o doente percebe que a pessoa que está ajudando é relativamente genuína ele desenvolve um sentimento de confiança que a pessoa será fielmente aberta e honesta.

A confiança é uma necessidade humana básica e quando ela surge entre enfermeira e o doente o relacionamento terapêutico flui naturalmente no seu desenvolvimento. Quanto mais segurança as respostas que o doente recebe da enfermeira, mais ele tenderá a confiar nela e expressar-se mais livremente.

A comunicação está em íntima relação com a confiança, criar um clima que proporcione a troca aberta de experiências, onde o doente pode externar os seus medos, sentimentos e esperanças promovem uma sensação de confiança e segurança. (SUNDEEN et al, 1989)

Esses são os componentes de um relacionamento humano efetivo que vão configurar a minha relação com a pessoa doente. Através deles estarei construindo um relacionamento único e singular.

4.3 RELACIONAMENTO INTERPESSOAL TERAPÊUTICO

TRAVELBEE (1969) declara que a enfermagem psiquiátrica constitui um processo interpessoal que sempre se ocupa de pessoas. Pessoas que podem ser pacientes individuais, famílias e grupos que necessitam de ajuda que a enfermeira pode oferecer.

FRANK DANIEL (1983) define relacionamento como sendo um processo terapêutico de interação, afinidade, conhecimento recíproco, compreensão e aceitação-entrê enfermeiro-cliente-paciente e familiares; implica em contato relativamente prolongado e num determinado período de tempo, proporcionando as pessoas uma série de atitudes e práticas baseadas em conhecimentos empíricos e teóricos, com o propósito de promover o bem-estar bio-psico-sócio-espiritual.

STEFANELLI (1983), após ampla revisão de literatura e reflexão, concluiu que relacionamento terapêutico é constituído de uma série de interações entre enfermeira-paciente, planejadas, com objetivos definidos, sendo que a responsabilidade pelo processo do relacionamento terapêutico é muito mais da enfermeira que deve ter conhecimento científico, habilidade profissional e pessoal para tal, isto é, ajudar o outro a crescer a ser uma pessoa com direitos e deveres.

Dentro de uma filosofia existencialista a interação ocorre dentro de um processo de encontro somente no momento que o eu estiver frente a um tu, um outro eu. (BUBER, 1977)

Ser homem, ser pessoa é ser-com-os-outros-no-mundo... pessoa é encontro interpessoal. Isto é: o ser das palavras e do amor. Sua estrutura é dialogal ou responsarial por encontrar-se sempre em contato com os outros. A pessoa torna-se pessoa na relação, no encontro e na comunhão interpessoal. Isso se dá sempre

através do outro que lhe fala, o ama, e promove o sentido de **ser mais** e não simplesmente **ser-mais-um**. (MENDES, 1994)

A relação interpessoal é, também, intersubjetiva e envolve a totalidade do ser. Não se trata de considerar apenas partes mas a plenitude do ser humano. Isto corresponde apenas a uma atitude única: a de amar. É ele a essência da relação intersubjetiva segundo SIDEKIM (1979, p.72).

«Concebo a relação interpessoal terapêutica como uma forma de encontro, entre duas pessoas, sempre com a finalidade de ajuda. Esse contato não é superficial e ocasional, mas sim profundo e direcionado. Deve ser próximo o suficiente para formarmos laços afetivos que nos impulsionarão por novos caminhos, que visam uma maneira mais adequada de ser e de viver o dia-a-dia, ou seja, **ser feliz**, sem, no entanto, perder os objetivos como profissional. É, também, nesse contato com o doente, que vou me situar no contexto espaço e tempo como uma pessoa capaz de ajudar e com isso também **ser feliz**».

Muitos aspectos desse encontro são obscuros e fazem do domínio das palavras uma energia, uma sensação, um sentimento entre outros, que não podem ser codificados ou quantificados. Na medida que avançamos no encontro, ou seja, na medida que nos aproximamos mais, enfermeira e doente mental, esses sentimentos se tornam mais fortes consolidando o relacionamento de forma efetiva entre essas duas pessoas.

MENDES (1994, p.74-75), coloca isso com propriedade ao dizer “O encontro do outro não se dá numa consciência receptiva que possa ser **traduzida** em sensações, como se fosse um fenômeno físico, por exemplo, uma espécie de *estremecimento*”. Com efeito, traduzir significaria substituir determinados dados por um grupo de outros dados. O encontro não suprime a exterioridade, mas o que é

dato supõe interioridade essencial da consciência. Não há, portanto, nenhum sentido em querer traduzir o encontro em termos físicos ou emocionais. É uma realidade imediata que está na base de toda a interpretação e de toda a comunicação e que, por conseguinte, ela mesma não pode ser tomada como uma interpretação ou uma comunicação. Interação humana, por meio da qual se dão os encontros, pressupõe ação mediada por processo comunicativo, onde as pessoas aprendem, exploram, dinamizam e compartilham símbolos e significados. Ser humano algum está apto a participar da rede de comunicação formada por seus semelhantes pelo simples fato de ter nascido. Ser-lhe-á necessário conviver com o grupo, introduzindo-se nele, embebendo-se dele. (RODRIGUES, 1989)

A interação ocorre em qualquer situação da vida cotidiana e permite, tanto aos seres humanos, quanto aos grupos, dividirem **experiências**, significados e refletirem sobre suas situações. Portanto, é parte integrante do processo de viver, porque ela permite compartilhar e é através desse processo de constante atividade que estruturas, organizações, ritos de cuidado e papéis sociais são desenvolvidos.

Neste processo interpessoal ocorrem vários encontros orientados por objetivos e atitudes, de ambas as partes, que vão tornar a relação, "um espaço" onde surgem transformações, e crescimento positivo, e consideram isto como terapêutico. SYMONDS citado por PEPLAU (1952), e CORDIOLI (1993) enfocam o processo interpessoal terapêutico como uma forma de auxiliar o outro a resolver problemas: de buscar, em conjunto com o doente soluções para seus problemas.

A interação ou relação pessoa-pessoa, enfermeira-paciente, só é possível por meio do processo de comunicação que se desenvolve entre ambos, sendo a comunicação o elemento central das ações de enfermagem sejam elas das áreas técnica ou expressiva. (STEFANELLI, 1983)

É por meio dela que a enfermeira pode se relacionar com a pessoa doente movendo-o da situação de dependência para interdependência saudável e independência, tornando-o participante ativo no processo de vivência, consciente de suas potencialidades e limitações, deslumbrando possibilidades de voltar a ser pessoa, de ser feliz, ou seja, ser cidadão. (STEFANELLI, 1993)

Para ROGERS (1961), os ingredientes efetivos em situação interpessoal, na verdade são os mesmos existentes, em uma efetiva relação humana: o calor humano, a autenticidade, a empatia, os quais por si são suficientes para provocar as mudanças e para atingir até o esquizofrênico mais recalcitrante.

Essas são as idéias fundamentais, afirmações que reforçam o caráter humano do trabalho em enfermagem psiquiátrica, das quais compartilho fortemente e que, constituem-se nos parâmetros que utilizo por base, para guiar a minha ação como enfermeira.

Sei que a empatia que experimento com o doente mental torna mais fácil me valer da teoria na prática pois, isto proporciona uma proximidade tal, uma compreensão do outro que facilita o processo de troca e de crescimento mútuo.

Às vezes neste estudo a palavra comunicação chega a ser usada com sinônimo de relação, considerando que a existência da proximidade e dependência entre elas torna separá-las, embora esteja consciente do uso da comunicação interpessoal faz parte do encontro, da interação humana e que juntos, sustentam o desenvolvimento do processo de relacionamento interpessoal terapêutico.

4.3.1 Elementos essenciais para o processo de relacionamento terapêutico de interesse, empatia.

Saber olhar, saber ouvir, ver o que é e o que não é aparente e escutar o que não foi dito. Isto é um observar atento, quando realmente quero que a minha

relação seja uma relação de ajuda. A observação é básica para o estabelecimento de prioridades e conseqüentemente um plano de ação. Tenho que ter maturidade emocional o suficiente para observar não o que gostaria de ver e perceber, mas o que se apresenta. Tenho que saber discernir qual é o aspecto que eu projeto no "meu outro" e o que realmente é parte dele. Tenho que ter bem claro para mim que todo ser humano é dinâmico, portanto estamos em constante processo de transformação, em consequência o "meu doente" de hoje é diferente do de ontem.

Novas observações e nova avaliações devem ser feitas diariamente. Só através de uma observação adequada, com parâmetros que regem uma observação objetiva, real, é que vou compreender muitas coisas, que nem sempre são expressas verbalmente. Devo observar o doente quando está em nossa companhia, quando está com os outros, quando está só, quando está fazendo atividades, enfim a minha observação deve ser guiada pelo meu autêntico interesse de ajudar.

Observar é aplicar atentamente os sentidos a um objeto, para dele adquirir um conhecimento claro e preciso tendo sempre em mente que a subjetividade está sempre presente.

DANIEL (1979) afirma que a observação é o ato, hábito ou poder de ver, voltar e perceber, é examinar, contemplar e notar algo através da atenção dirigida. A enfermagem é em grande parte uma arte de observação.

Discorrendo sobre aspectos da observação LUDKE & ANDRE (1986) colocam que a primeira tarefa no preparo das observações é a delimitação do objeto do estudo "o que" e "o como" observar. Salientam que ao definir o foco da investigação e sua configuração espaço-temporal, ficam mais ou menos evidente quais aspectos do problema serão cobertos pela observação e qual a melhor forma de captá-las.

CAMPEDELLI et al (1989) salientam um aspecto extremamente importante dentro da observação: é o que diz respeito à habilidade de observar. Eles colocam que observar não é um processo fácil, não é tão espontâneo e não se aprende somente através da leitura. A enfermeira tem de se propor a observar, saber descrever e interpretar o que observa. Acrescento a estes, o hábito de discutir com os pares para validar o observado.

“O doente passa mais tempo junto ao enfermeiro do que qualquer outro membro da equipe de saúde. O enfermeiro deve desenvolver a capacidade de observação dirigida, planejada e sistematizada para poder considerar objetivamente a situação do indivíduo sob seus cuidados”. (DANIEL, 1979, p.28)

Comunicação

Saber comunicar adequadamente é o básico da relação humana que se propõe como terapêutica. Se não consigo me comunicar com a pessoa-doente não vou me aproximar o suficiente para ajudá-lo efetivamente. A comunicação deve ser clara e precisa, mas deve respeitar:

1. cultura e valores da pessoa-doente;
2. contexto onde se desenvolve a comunicação;
3. linguagem adequada e acessível;
4. formas de expressão;
5. as próprias pessoas envolvidas considerando-se as limitações de ambas as partes e outros fatores que interferem, facilitando ou dificultando o processo de comunicação;
6. senso de oportunidade.

A comunicação é o começo de tudo. É através que dela vou conduzir o meu processo de transformação. Todas as dificuldades surgidas na comunicação, devem ser discutidas com supervisoras ou nossos pares superadas. Temos que nos envolver na relação com o outro, mas não poderemos perder nossa identidade. É por meio da comunicação empática que aproximarmos o suficiente do outro.

É pela comunicação estabelecida com o paciente que podemos compreendê-lo em seu todo. Sua visão de mundo, seu modo de pensar, sentir e agir. Só assim podemos identificar os problemas por ele sentidos com base no significado que ele atribui aos fatos que lhe ocorrem, e tentar ajudá-lo a encontrar meios para manter ou recuperar sua saúde. Mais ainda, ajudá-lo a sair da situação de "doença" mais amadurecido, fortalecido pela experiência vivida porque cada experiência da vida constitui um aprendizado.

SUNDEEN et al (1989) enfatizam a necessidade da coerência entre comunicação verbal e não verbal, e denominam esse aspecto de emergência.

IRVING (1979) se refere a comunicação como um processo, porque envolve uma série de etapas dinâmicas, fluídas, íntimas e constantemente em mudanças, onde estão envolvidas pessoas e ambientes. Ela ainda salienta que a principal finalidade da comunicação humana é satisfazer necessidades básicas.

TAYLOR (1992) coloca que o processo de comunicação é básico para prática de enfermagem e, quando efetivo, contribui imensamente para o desenvolvimento de todos os relacionamentos terapêuticos. O conhecimento e capacidade para a comunicação efetivação essenciais para a enfermeira que trabalha com o cliente mentalmente enfermos, uma vez que sua capacidade em ser terapeuta está altamente relacionada com a efetividade de suas habilidades de comunicação.

Comunicação para mim é um processo mediante o qual eu posso me aproximar do doente e compartilhar de seu viver diário.

4.3.2. Saúde/Doença

Não é fácil uma conceituação precisa de saúde e de doença, pois são tantas as variáveis que entram em jogo que se torna difícil achar um parâmetro que possa servir como indicador classificatório; principalmente dentro da psiquiatria isso não é tarefa simples. Determinar com precisão parâmetros do limite entre normalidade e anormalidade. Como salienta JACKSON; SAMPAIO () a loucura não é categoria epidemiológica ou clínica, é categoria antropológica e sociológica, capaz de dar conta daquilo que uma sociedade não identifica como sua imagem idealizada.

Já UCHOA (1973) coloca saúde como sendo um sentimento de alegria, felicidade e bem-estar, capacidade de exercer atividades eficiente e de adaptar-se às realidades externas, internas. As doenças são definidas como desconforto, sofrimento, desequilíbrio, ineficiência, inadaptação, sensação de infelicidade.

MOFFATT (1984), porém, estabelece uma relação entre a incapacidade para trabalhar e a caracterização de doente. O sistema social tem com critério de saúde mental a integração do indivíduo na cadeia produtiva; a perda ou inadaptação ao trabalho é geralmente o que determina a internação de um indivíduo como "louco".

STEFANELLI (1993), citando SULLIVAN e RUESCH, concorda com eles quando afirmam que a doença mental se manifesta sempre por um distúrbio, falhas no processo interpessoal ou de comunicação inadequada da pessoa com as outras pessoas, ou distúrbios no processo de comunicação. Ambos enfatizam que a

doença mental é percebida quando há falhas no processo comunicativo ou como afirma STEFANELLI: quando não conseguem experimentar bem-estar, em um grau que impede o convívio com as pessoas que estão próximas, seja na vida pessoal, profissional ou familiar (afirmação pessoal em um de nossos encontros, em 1995).

FOUCAUT (1991), porém tem um conceito que me parece mais claro e abrangente, ele cita que doença seria a alteração intrínseca da personalidade, desorganização interna de suas estruturas, desvio progressivo de seu desenvolvimento, que leva à comunicação e relações anti-sociais e daí à falha na relação interpessoal.

Concebo saúde/doença mental como uma união de forças internas positivas e negativas que proporcionam um equilíbrio dinâmico funcional intrapsíquico e interpessoal que vá refletir na interação com os outros durante a caminhada do seu viver, com o fim de ser feliz.

V UMA PONTE ENTRE OS PRESSUPOSTOS

5.1 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Tomando por base os pressupostos por mim adotados a partir de conceitos como ser humano, comunicação, relação interpessoal, entre outros já citados, optei pelo estudo descritivo; como uma forma de mostrar como esses conceitos atingem, de uma forma ou de outra, as pessoas envolvidas numa relação interpessoal terapêutica, e porque esses conceitos existem e não podem ser quantificados e dosados.

Como também estou trilhando um caminho, em parte desconhecido, a busca do eu perdido, por parte da pessoa doente, não poderia partir de hipóteses estruturadas de instrumentos de coleta de dados e de objetivos definidos rigidamente. Essa idéia é respaldada por TRIVINOS (1987), onde coloca que o pesquisador orientado pelo enfoque qualitativo, tem ampla liberdade teórico-metodológica para realizar seu estudo.

No trabalho que desenvolvi com as pessoas doentes, as respostas ou os achados do momento presente, jamais poderão ser generalizados, ao contrário, a cada dia vão surgindo novas descobertas que podem até alterar a expectativa inicial do estudo.

O que existe a priori, baseado no meu referencial metodológico inicial, é minha vontade e o meu desejo de me relacionar com o doente mental; as outras formas de relacionamento vão surgindo, vão sendo determinadas no convívio com o doente.

Considerando ainda que, como me encontro diretamente envolvida no contexto onde ocorre o fenômeno, podendo modificá-lo ou ser por esse modificada,

optei por um estudo, como uma forma de buscar um entendimento profundo da minha relação com o doente mental.

Meu estudo é caracterizado por uma investigação sistemática de uma instância específica. Essa instância será a relação interpessoal terapêutica enfermeira-doente.

O trabalho que desenvolvi com a pessoa doente objetiva uma construção que vai surgindo das interações estabelecidas, que serão analisadas com a preocupação de descobrir como os doentes mentais crônicos pensam, sentem, agem e mostram as transformações ocorridas com o doente mental durante o processo de relacionamento.

Para chegar a esta descoberta, tenho que compreender o contexto. Não dá para ajudar ou entender a pessoa doente, se não considerarmos o contexto onde vive, pois, este atua de maneira significativa no comportamento do doente. Torna-se necessário descrever o cenário onde a pessoa está inserida, isto é o seu ambiente natural.

Ao descrever isso, vou procurar retratar de forma mais completa, possível, a realidade. Devo focalizar o fenômeno como um todo, no seu contexto e procurar revelar a multiplicidade de dimensões presentes no processo da doença em si, e da relação desenvolvida com a enfermeira e com os outros.

Usarei uma variedade de fontes de informações, para melhor compreensão do comportamento da pessoa doente. Como não estarei presente na instituição em tempo integral, tenho que dispor de meios que me ajudem a conhecer os fatos enquanto estou ausente e que podem determinar o comportamento atual e futuro do doente. Usarei como fontes, a observação livre, a relação pessoa a pessoa e informações colhidas junto aos outros membros da equipe.

Finalizando, os dados para análise serão apresentados de forma descritiva, em linguagem acessível, com uso de metáforas e ilustrada por diálogos. Deixarei aberta a possibilidade de que surjam outras representações para a mesma realidade, pois a perspectiva utilizada pelo pesquisador não é a mesma do leitor. Esse detalhe é, sem dúvida, primordial, pois o dia-a-dia da pessoa doente é tão imprevisível, que jamais poderemos fazer generalizações sobre o seu modo de ser e estar com os outros.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

Esse trabalho será desenvolvido dentro de uma realidade composta por uma política de saúde mental, características próprias da instituição, recursos da instituição, maneira de ser da equipe técnica atual, tipo de pacientes internados e problemática social envolvida. Nessa instituição convivem diretamente grupos diversos de pessoas, ou seja: pessoas internadas, pessoas da equipe técnica, de limpeza, manutenção, religiosas e, indiretamente, a família do doente.

Cada grupo vive segundo a realidade criada por si próprio. Normalmente o doente vive na instituição e tem pouco contato com o mundo lá fora; os outros trabalham na instituição, mas têm o seu foco de interesse no mundo externo.

Essa instituição se caracteriza pelo tipo de internação total, onde a grande maioria de seus doentes são crônicos. A população da instituição é de aproximadamente 640 pessoas, dispostas em pavilhões independentes um do outro, ocorrendo a proporção de 34% do sexo feminino e 66% do sexo masculino.

Com a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde), esse hospital vem passando por reformas, desde o espaço físico, até a construção do corpo da equipe técnica. Isso alterou de modo significativo a sua estrutura de organização,

ocasionando mudanças no seu perfil de tratamento. Contudo, retrocedendo um pouco no tempo, vamos ver pela história uma instituição de caráter filantrópico, mantida pelo governo e dirigida por religiosas.

Esse caráter assistencialista, voltado exclusivamente para atender à população carente e desamparada, deixou marcas profundas, que até hoje se fazem sentir. Por exemplo: um número razoável de doentes poderia ter alta e conviver lá fora, com as outras pessoas, mas por terem sido abandonados pela família, não têm para onde ir, o que reforça de maneira indireta o seu lado custodial.

A instituição atende pessoas portadoras de qualquer patologia da ordem de distúrbios mentais. Porém, é característica das grandes instituições, a demanda maior ser de pacientes considerados crônicos e, dentro desta cronicidade, o esquizofrênico se sobressai.

É com essas pessoas crônicas, internadas em uma instituição psiquiátrica, que pretendo desenvolver esse projeto. Essas pessoas têm uma longa história de internação-alta-internação e uma possibilidade ou mesmo uma perspectiva de viver fora da instituição extremamente reduzida, pelo fato de seu grupo familiar também ser muito comprometido na dimensão psíquica e social.

Esses pacientes, por terem passado a maior parte de sua vida dentro de uma instituição, desenvolvem um padrão de vida de acordo com o contexto institucional e da melhor forma para si.

Os técnicos que atendem esses doentes são: médicos psiquiatras médicos clínicos, enfermeiro, assistentes social, músico-terapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e pessoal de enfermagem atendentes, auxiliares e técnicos.

Cada pavilhão tem a sua equipe técnica, que faz os atendimentos obedecendo critérios estabelecidos pela própria equipe. Estes critérios diferem de pavilhão para pavilhão. Não existe consenso entre as equipes (equipe total), com relação à modalidade de atendimento na mesma instituição.

A força de trabalho da enfermagem, para toda a instituição, consta de: 12 enfermeiros, 7 técnicos, 38 auxiliares e 76 atendentes. Cada pavilhão tem em média sessenta a noventa pacientes e um número de dois a seis funcionários para o turno do dia. À noite o número é reduzido para um a três funcionários. Os enfermeiros não têm especialização em enfermagem psiquiátrica e o hospital não mantém uma equipe de recursos humanos para reciclar esse pessoal e estruturar um atendimento de enfermagem psiquiátrica. As ações de enfermagem ficam restritas ao atendimento de certas necessidades básicas como: alimentação, higiene, repouso, medicação.

Como os doentes vivem reclusos, existem duas grandes preocupações da enfermagem: quando à fuga e quanto à agressão verbal e física principalmente. O manejo de qualquer situação ocorrida com o doente, entre doente e equipe, ou ainda doente-doente, normalmente, é ineficaz e muitas vezes prejudicial. Por exemplo: se o doente quer cigarro e começa a bater na porta, a atendente de enfermagem o transfere para outro pátio onde o espaço é menor e sua liberdade fica restrita, fazendo com que o mesmo fique mais agitado e não receba o cigarro solicitado.

Isso caracteriza um atendimento de enfermagem ineficaz, em desacordo com uma psiquiatria mais atual, onde o enfermeiro tem o papel de terapeuta, participando efetivamente no tratamento do doente.

Esse doente, além dos cuidados técnicos de atendimento às necessidades básicas já descritas, não recebe nenhum outro tipo de cuidado de enfermagem de forma sistematizada, e os contatos que faz com a equipe técnica são esporádicos e distribuídos ao longo da semana. A maior parte do tempo da rotina diária, o doente permanece ocioso e improdutivo. O próprio doente acaba desenvolvendo rituais próprios, os quais incorpora no seu viver diário como: por exemplo, ficar andando o tempo todo, brincar com pedrinhas, etc...

5.3 SUJEITOS/DOENTE

Pacientes considerados crônicos, internados em hospital psiquiátrico, em uma capital do Sul do País - dois para este estudo.

5.4 PROCEDIMENTOS

Foi desenvolvido um processo de relação interpessoal terapêutica enfermeira-doente, com base na minha experiência de aproximadamente 20 anos, acrescidos de conhecimentos da literatura já apresentados e os adquiridos ao longo desta vivência, segundo o referencial teórico deste trabalho.

Iniciei o trabalho por uma observação do comportamento global da doente, validado, inicialmente com funcionários e analisados por mim como descrito a seguir.

1. Observação e descrição do comportamento do doente, com base no roteiro de observação adaptado de STEFANELLI & ARANTES (1975);

2. Com o objetivo de levantar dados, os mais fidedignos possíveis, submeti os registros das observações a outras pessoas envolvidas no cuidado em questão;

3. Análise de comportamento observado e descrito;

4. Atuação junto ao paciente por meio da comunicação interpessoal verbal e não verbal, para manutenção das interações sequenciais que se desenvolvem durante o relacionamento; por exemplo: atendimento de uma necessidade básica, manejo de um pensamento delirante, contenção de agitação, entre outros;

5. Avaliação das interações havidas, considerando: a comunicação verbal e não verbal da enfermeira e paciente, facilidades e dificuldades encontradas; sentimentos emergentes, fenômenos ocorridos durante a evolução do relacionamento, reações de ambos, identificação das manifestações do comportamento;

6. Avaliação do processo como um todo: ganhos e perdas para ambos, enfermeira-doente, transformações ocorridas, amadurecimento de ambos, e conhecimentos emergentes da prática, que poderão ser feitos através da comunicação verbal do doente ou mesmo da comunicação não, através de comportamento, interação com o grupo e formas de aproximação, etc..., serão descritas de forma sequencial durante o relato do processo.

Estas estratégias delineadas, foram utilizadas ao longo do relacionamento, procurando manter sua fidedignidade. As transcrições dos fenômenos ocorridos serão sucintas, sem nenhuma interpretação de minha parte. Esses dados e os resultados do processo sofrerão uma validação natural da pesquisadora na avaliação, à medida que as transformações ocorridas se encaixem dentro do referencial metodológico.

5.5 REGISTRO DOS DADOS

Após ocorrer a interação, entrevista e observação, os fatos foram transcritos procurando manter a sua fidedignidade e procurando dessa forma retratar todo o

processo. Essas transcrições dos fenômenos ocorridos foram sucintas e sem nenhuma interpretação de minha parte. As minhas inferências enquanto pesquisadora foram registradas através de notas no diário de campo. Esses dados foram analisados, categorizados e usados durante o processo de avaliação

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Apesar de estar trabalhando com pessoas doentes há muitos anos, que são vistas pela sociedade em geral como uma soma de sintomas não posso esquecer da sua singularidade na condição de pessoa, de ser humano. Toda uma conduta ética, portanto, norteará a minha atividade diária, tais como: sigilo, anonimato, uso dos dados, respeito quanto à disponibilidade de participar ou não da pesquisa por parte dos sujeitos, informação do que está sendo feito, respeito pela sua disposição ou não de participar das atividades previstas, procedimentos justos, reconhecimento e respeito às suas singularidades e estímulo ao desenvolvimento de sua cidadania.

VI A REPORTAGEM DO FATO - UMA TRAVESSIA PARA O AMANHÃ

Começarei a descrever o ambiente e o processo em si, a relação interpessoal com as doentes mentais, as suas partes, ou melhor as suas várias fases; os espaços descobertos, criados e ocupados; os personagens, o cenário, suas ações e suas falas; os avanços e retrocessos, as conquistas e as transformações; enfim o seu início tímido; o seu desenrolar vibrante e o fechar pesaroso das cortinas. Enfim a sua singularidade dentro da totalidade.

Acho importante colocar nesse começo, que foi difícil descrever a minha relação com o doente mental e tudo o que estava e está interligado à ela, dentro de uma linguagem científica. Muitas e muitas vezes compus o texto onde me envolvia de tal forma que parecia ser “o outro”. Muitas vezes não conseguia ter uma visão ou descrição de um fato, sem me sentir inserida nele tão intensamente que me transportava para dentro do muro e os pensamentos fluíam tão espontaneamente, que até me assustava com este fenômeno.

Foi dentro da filosofia do diálogo de Martin BUBER, que trata das relações e do espaço onde os fenômenos ocorrem, que vislumbrei uma explicação para a minha situação. BUBER (1974), coloca que as relações, as atitudes essenciais, se traduzem pela palavra princípio EU-TU, e acontecem no “entre”, onde ocorre o fenômeno que ele denomina “inclusão”, e que HYCNER (1995) define como sendo um movimento de ir e vir, estar centrado na própria existência e ainda assim ser capaz de passar para o “outro lado”. Esse movimento é consciente, e, em nenhum momento, os caminhos são misturados. O meu objetivo eu tenho bem claro, como também qual é o meu papel, seja onde estiver. Para BUBER (1974), pode-se

ver, sentir a experiência colocando-se nos dois lados: de seu próprio lado vendo, observando, conhecendo e ajudando o outro e também do lado dele. Poder-se-ia até dizer que uma pessoa pode experienciar com muita força o lado do “outro” da situação ao vivenciar empaticamente.

Procurei me manter escrevendo utilizando ou valendo-me de uma linguagem científica sem perder a minha singularidade, mas algumas vezes o leitor vai sentir que escapo dessa rigidez e me misturo na cena. Achei válido deixar esses desvios, para mostrar o quão profunda, autêntica e significativa foi essa relação embebida do tempo que convivo empaticamente dentro desta cena.

Convido o leitor a permitir-se ir, escorregar nas descrições para chegar mais além, a deslizar nas correntezas do relacionamento para atingir o rio caudaloso do encontro pois só assim também estará entrando no processo, será mais um de seus personagens e só então perceberá, sentirá, o verdadeiro sentido desses acontecimentos compreendendo-o na sua essência.

A descrição do presente estudo será feita na seguinte ordem: o ambiente, o viver em hospital psiquiátrico, a escolha dos sujeitos, o cotidiano, a apresentação de Anne e Rose - sujeitos da pesquisa, o início da travessia, a travessia em si.

6.1 O AMBIENTE - O CENÁRIO

O prédio tem noventa anos de construção então..., os tijolos estão descoloridos e enegrecidos pelo tempo, as paredes externas e os muros estão corroídos pela chuva, o telhado tem forma de cunha, os portões são grandes e maciços, as janelas têm a forma de basculantes com vidros batidos, as grades estão enferrujadas, as portas permanecem permanentemente fechadas a chave. O ambiente é dividido em setores como refeitório, posto de enfermagem, dormitório,

sala de estar, banheiros, pátio externo, entre outros e os corredores são estreitos compridos e baixos. As paredes internas e externas são maciças, com 50 cm de espessura e sem objetos decorativos. Nas paredes predominam a pintura em cores claras, verde principalmente. O piso em geral é de madeira tipo taco e nos banheiros é de cerâmica.

O mobiliário é simples e desgastado pelo uso. Possui quartos pequenos com 2 ou 3 camas tipo hospitalar, com criado mudo ao lado da cama. O banheiro é coletivo e fica no final do corredor. A rouparia é coletiva, com armários amplos, compostos de prateleiras individualizadas pelos nomes dos doentes. A sala de estar é equipada com televisão e sofás ao redor das suas paredes. O refeitório é retangular com paredes lisas e mesas de 4 a 6 lugares, dispostas ao longo do lado maior em duas filas uniformes, as paredes são lisas com pintura clara e existem três quadros dispostos aleatoriamente. Aí os doentes fazem suas refeições, supervisionados pelos funcionários. Os pátios internos e externos são cercados por muros altos de mais ou menos 2,50 m de altura. Todos os ambientes são limpos e organizados.

Detalhes e mais detalhes, porém são detalhes, que não são só pormenores, não são minúcias de algo isolado independente, subjetivo. Antes, são detalhes culturalmente definidos, estabelecidos através do tempo, ditados por padrões concebidos com o fim de "atender, proteger, preservar, assegurar" a clientela assistida. Tudo foi feito no sentido de dar segurança, porém a realidade é diferente os corredores estreitos, baixos e longos dão a sensação de se estar indo para lugar nenhum. Tudo trancado a chaves faz-nos sentir presas, encurraladas, sem ter para onde ir. Isso é colocado pelos doentes "... eu não posso ir lá para dentro a porta

está fechada". *"Não dá para gente fazer nada está tudo trancado..."*. Impede-se a liberdade e o direito de ir e vir.

Para qualquer lugar onde o doente queira ir ou fazer, que fuja da rotina estabelecida, encontra logo pela frente uma barreira, ou seja uma porta trancada ou uma proibição por parte da equipe técnica, das "combinações", fazendo com que os seus desejos se desvançam como fumaça no horizonte perdido no final do corredor; *"...queria tanto deitar na minha cama agora, mas a porta está fechada..."*

A falta de privacidade os tornam seres impróprios, alienados de sua própria singularidade, *"... não sei quem eu sou..."* *"...sou homem ou mulher?"* Não pode ter vontade ou desejo, pois não tem condições de concretizá-las. Por simples que sejam as vontades como: *"Quero telefonar para minha casa"*. *"Coloca no correio esta carta?"* não podem ser realizadas livremente, são proibidas. Dependem da apreciação por parte da equipe técnica.

Ouve-se com frequência dos pacientes que lá estão: *"Quero ir embora"*, *"tô com saudade da minha casa"*, *"Quero ter meu canto"*, *"Tenho medo destas mulheres"*. Viver a frustração que isso traz é um exercício diário de sofrimento. Lutar para concretizar os anseios próprios é tão difícil para eles, que no meio da luta, o doente conclui que o desgaste não vale a pena ou, simplesmente, se enoja de ficar "mendigando" o que deveria ter por direito. *"Eu já desisti de lutar. Antes eu era agitada, agora me conformei"*. *"Deveria existir um campo de extermínio para o louco, assim o governo gastaria menos e a família ficaria livre"*.

Como fica a cidadania destas pessoas numa situação como a descrita?

Lá ninguém tem o direito de escolher a roupa de vestir, não tem o direito de lutar para poder ter consigo seus poucos pertences de higiene, os quais para eles valem bem mais que objetos supérfluos ou desnecessários, ou ... "lixo", como dizem

alguns membros da equipe. Eles constituem um referencial para o doente, significam que aquilo “é meu”, “é minha propriedade”. “Você pode cuidar da minha sacola, enquanto eu vou na lavanderia buscar roupa com a funcionária?” Às vezes os objetos estão tão sujos e amarrotados, que o seu valor de uso é discutido por todos, porém, para o doente, o seu valor é inquestionável pois, se não servirem para higienizar-se, ainda assim serão testemunhas mudas de sua identidade, do seu viver diário: “Tudo o que eu tenho, está nessa sacola”. “Aqui está o retrato da minha família, quer ver?”. São ainda, coisas que os identificam, pois são referidas pelos outros pacientes e membros da equipe de enfermagem, como a sacola do fulano, a mochila do beltrano, o chinelo de M, ou a blusa de F.

O espaço para movimentar-se, para ser e estar, é reduzido, controlado e limitado. Limite esse que foi colocado arbitrariamente e se mantém através dos tempos, independente das reclamações e questionamento de todos que ali vivem como doentes ou trabalhadores. A liberdade de ir e vir é esquecida ou negada. Os seus protestos no sentido de resgatá-la são interpretados como sintomas ou manifestações de agressividade que devem ser tratados. O direito de escolha ficou pendurado do lado de fora do muro: não escolhe a roupa, o horário de deitar ou levantar ou almoçar ou jantar, de tomar banho. Ao ser classificada de doente mental, a pessoa perde o direito sobre si mesma e “não parece gente”. A capacidade de julgamento, de saber ou querer o melhor para si lhe é negada, e seus “direitos” são ditados, “estabelecidos”, limitados e aviltados, fundamentado na falsa fantasia “de ser o melhor para cada um que convive neste ambiente”.

O seu relógio biológico, as necessidades vitais, os valores, costumes, enfim a sua cultura são dissipados na medida que, ao despir as vestes de cidadão e vestir o uniforme de “doente mental”, a categoria da pessoa muda de “ser humano” para

“ser objeto”. Não sabem onde estão, porque não recebem qualquer informação. *“Eu cheguei sábado e até hoje, segunda feira, não sei quem é o meu médico, quero falar com assistente social, para saber tudo...”*.

Às vezes não sabem precisar a hora, o dia da semana ou do mês, pois não há relógio.

Não é só uma simples questão de transpor a porta de entrada: o fenômeno é transpor a porta cultural que separa os dois mundos. O mundo dos sadios e do mundo dos loucos. A diferença básica está em controlar bem o último, para preservar e proteger o primeiro, independente do preço que o resto vai pagar, pois cada um deve fazer a parte que “lhe cabe” nesse contrato, que nunca é mutuamente acordado.

Tudo se perpetua no silêncio da loucura e na comodidade dos que dizem tratá-los.

6.2 O VIVER EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Depois de conviver tanto tempo com esse doente e compartilhar a sua rotina de vida, no período da manhã, ouvir, orientar ou apenas apoiá-lo em face de suas dúvidas, e de seus lamentos, procurarei a seguir retratar o seu viver. Não baseada na minha realidade subjetiva, mas na interpretação da sua realidade. Isso validado pelo doente segundo colocações verbais, e não verbais, comportamentos e atitudes.

Tudo é diferente, tudo foi arrancado do seu lugar costumeiro. O espaço é desconhecido e amedrontador. Os companheiros de infortúnio estão ali, fazem parte do mesmo cenário, mas representam peças diferentes. Cada pessoa vive a sua “doença” como se tivesse um “script” que não tem nada em comum com a fala do

outro. E finalmente a primeira e eterna pergunta: Porque estou aqui? Muitas vezes ele não sabe como veio parar aqui... *"minha neta falou que ia me levar para consultar, agora me deixou aqui...."*. O doente sente-se como estar sonhando ou acordando de um sonho impossível de ser real. Para ele parece que tudo não passa de uma grande brincadeira ou "loucura", que logo vai acabar.

Os dias se sucedem e nunca muda a cena do espetáculo, o doente está nela, é parte dela, mas ao mesmo tempo, está fora dela. É apenas mais uma peça do intrincado jogo da hospitalização. Não se acha nele, não se identifica nele, pois nesse espaço ele não pode ser ele mesmo, tem vários papéis, que lhe foram atribuídos "a priori", lhe foram imputados e dos quais não lhe deram a alternativa de recusá-lo. Deve ser e fazer o que dita o rótulo, que lhe foi designado, ou seja o "ser doente mental", se eu não posso ter nada, se acham que *"sou louco, é melhor morrer"*.

Rótulo esse que vem impregnado por uma cultura massacrante e alienante, uma cultura que apesar dos tempo se mantém fiel aos seus princípios geradores, uma cultura que resiste a todas as tentativas de mudanças; uma cultura contestada ultimamente por defensores da saúde mental, com argumentos que são aceitos teoricamente mas, na prática, se perdem como clamores solitários.

Como o doente vem de fora, onde até então teve o direito de sonhar e querer, de ser e estar, de ir e vir, de aceitar ou protestar, ou seja, era alguém, uma pessoa, ele se rebela, grita, protesta, chora, pede, implora, briga, resiste, luta, luta e luta...

"Eles querem tirar o meu direito, querem dizer que eu tenho incapacidade total, mas eu não vou deixar".

... luta contra todos e tudo e assim luta contra si mesmo, pois quanto maior for sua luta, maior será o preço que pagará por ela. Com o seu caminhar constante parece estar sempre à procura de alguém para falar, alguém que lhe compreenda, que entenda o que está sentindo e vivendo, alguém que realmente pare e o escute e que esteja disposto a ajudá-lo. Não consegue e não quer aceitar que está só, que tem tantas pessoas ao seu redor, porém tem que representar esse terrível papel; nessa dolorosa peça, só, perdidamente solitário no seu sofrer.

Talvez pense que não tenha procurado direito. Talvez tenha errado nas estratégias, talvez não tenha prestado atenção e retorna à procura. Agora já andando meio errante, pois não sabe o caminho direito - *"Eu não sei o que fazer para sair daqui ..."*, parece que tudo o leva ao nada, ao caminhar pelos longos corredores não sente vida - *"Enfermeira, aqui dentro eu não tenho prazer, eu não quero me pentear"*.

As cores neutras dão às paredes nuas uma conotação de não existência, elas estão ali não delimitando espaços, mas preenchendo um grande vazio, não o vazio do espaço físico, mas principalmente o vazio interior: *"Antes eu tinha tudo na vida, hoje eu não tenho nada..."*. *"Aqui eu não sou nada, sou um número, sou um louco"*.

O doente porém é muito forte para sucumbir rapidamente. Algo dentro dele lhe impulsiona para continuar, para lutar e defender o seu maior desejo: ir embora, voltar para o seu canto, retomar o seu velho e conhecido espaço, a sua casa, a sua família. Não aceita ser reduzido a nada, não aceita ser somente um número nas estatísticas, se recusa a ser uma "vaga ocupada" e diz *"quero ir embora"*, *"quando vou ter alta?"*, *"quero ver meus amigos"*.

Os dias se sucedem, não dentro de uma ordem cronológica, dentro de referenciais até agora vividos e experienciados, nos quais os fatos são catalogados numa seqüência a dar a história uma forma real e compreensiva do ocorrido. No hospital, os dias se sucedem simplesmente, nada têm a ver com o que ele quer, mas sim com o afastamento do seu objetivo primordial, que é viver com dignidade.

“Aqui não sou ninguém. Não posso pôr minhas roupas. Não posso nada”.

“Hoje é segunda feira ou quinta feira?!”

O tempo, ao correr, vai agindo como um transformador, um pacificador, de tal forma que ele vai perdendo até os seus contornos originais do corpo, aos poucos sua imagem corporal vai mudando, às vezes como efeito dos próprios medicamentos que toma. Lentamente o tempo vai transformando tudo, a sua vontade, a sua alegria, os seus sonhos, os seus protestos, a sua luta interior e exterior. Seu poder é tão fantástico, que aos poucos vai modificando a sua forma de comunicação, o seu relacionamento com os outros e consigo mesmo, a sua esperança no amanhã, enfim a sua vontade de viver - passa a se isolar, a não esperar respostas às suas perguntas.

No balanço geral, a cultura institucional sobrepuja a tudo: até a sua vontade que parecia inquebrantável de lutar contra o sistema, de não querer ser “mais um”, de se rebelar contra tudo por algo que era vital - a **liberdade**, sucumbe, desaparece, evapora em face desse gigante transformador. A sensação de impotência lhe oprime *“Eu não tenho força para nada, faz isso por mim”*. *“Você é quem sabe...”* é a cronificação se estruturando lentamente.

Amanhecer e adormecer, iniciar o dia e descobrir a noite, ver o natal chegar e começar um outro ano, essa sucessão de fatos e atos intermináveis para a pessoa que se acha fora deles, esperando desesperadamente que a nova cena seja

diferente e contenha algo da sua história, dos seus valores, da sua cultura. Alguma coisa que lhe dê a doce sensação de se sentir gente novamente. Algo que lhe coloque na categoria de cidadão digno, com direito de ser o construtor de sua própria história, não chega nunca. Exemplo: *“Eu tenho o direito de comprar o que quiser com o meu dinheiro”* ou *“Minha mãe não quer que eu vá nem ao supermercado.”*

A realidade do tempo é dura e destruidora e aos poucos vai enterrando tudo o que o doente tem de singular. Provavelmente o futuro, que dentro desse espaço inexistente, pois o presente absorve e destrói qualquer perspectiva, será capaz de lhe enterrar por inteiro e então estará pronto para representar no grande espetáculo da hospitalização, **o papel do doente mental crônico adaptado.**

Será reduzido a um número, a mais um número, que engrossará as estatísticas do Ministério da Saúde. Terá um diagnóstico de pouco interesse entre os pesquisadores, pois tudo o que deveria ser feito já o foi, nada restando para fazer: **o pouco** que se sabe sobre esse diagnóstico-paciente-crônico significa **o tudo** que se pode esperar dessa pessoa doente. Em contrapartida o tempo também foi, pouco a pouco, lhe ensinando novas maneiras para sobreviver dentro desse cotidiano miserável; ele descobre dentro de si mecanismos secretos para se proteger dessa larva abrasadora da cultura dos hospícios e consegue se manter andando, correndo, dormindo. Sobrevivendo ou vivendo, é difícil para ele optar por um ou por outro, pois dentro de um ou de outro sempre existe algo para se sonhar e se desejar. Mas onde ele foi parar é um espaço só para se estar, onde a sensação é que ele é somente um “corpo-objeto” ou seja **um *korper***, em ação.

“Aqui, enfermeira, eu não tenho prazer, nada me dá gosto...”

Ele caminha sem saber para onde ir, anda de um lado para outro como forma de preencher o tempo, levanta e adormece sem ter, aparentemente, com que se preocupar ou com o que lutar. Obedece automaticamente, sem nunca questionar ao chamado para receber a medicação, para alimentar-se, para tomar banho.

As visitas são uma espera impregnada de emoção - *“Eu acho que eles (familiares) não vêm hoje, pois vieram no domingo, ou será que eles vão vir, enfermeira?”* Ele vive um dia após o outro como algo corriqueiro que está além das suas possibilidades de alterar o modo de suceder. No espaço, faz parte de uma coletividade, que nada tem de coletivo, na não ser o convívio com o mesmo sofrimento. Estão bem próximos uns dos outros, mas cada um “representa” o seu papel solitariamente.

Vive tão abandonado de todos e de tudo, que acaba perdendo a identidade e pode então ser **“rei ou bruxa”, “ter todo o poder ou não ter nada”**. Olha ao seu redor e não vê nada, ao olhar para trás não se reconhece e não pode olhar para frente, porque o muro é muito alto e limita a sua visão e o seu horizonte: então olha para dentro de si e encontra um universo indecifrável e oculto. - *“Eu tenho dentro de mim uma R que apronta, é uma força ruim...”*. Um mundo só seu que deve proteger muito bem porque senão corre o risco de que, se descobrirem, poderão querer destruir esse também. *“Eu não vou falar nada para ninguém...”*.

Torna-se um ser ambulante que tem todas as características da espécie humana, mas que há tempo deixou de ser tratado humanamente... há tempo deixou de ser um problema para ser resolvido por seres humanos empenhados em lhe devolver o que a hospitalização usurpou - **o que era seu por direito**.

Hoje tornou-se um problema grave dentro das estatísticas, com relação aos “custos hospitalares”, pois não contribui com a receita do País, só com a despesa. É

um peso para o estado, a instituição, e para a sociedade, que apesar de negar a sua existência, na maioria das vezes o mantém. Muitas vezes, deixou de ser um peso para sua família, pois até isso os longos anos de hospitalização destruiu - o **vínculo familiar**. Dentro da cultura custodial, não existe a preocupação de dividir os encargos do tratamento com os familiares, ao contrário, eles devem ser poupados, devem ser resguardados do ônus de cuidar ou prover as necessidades vitais de amor, solidariedade, atenção, preocupação, e outras mais. Aos poucos o tempo também vai apagando dentro dos familiares a chama que os unia; os laços que os prendiam foram corroídos pelas chuvas e pelo sol de vários verões, apodreceram e se romperam. Ficaram soltos, sem amarras e se perderam, ou melhor, *“me perderam, ou será que eu os perdi?”* Não sabe e talvez nunca saberá a verdade por inteiro.

De velhos conhecidos, parceiros da mesma história, cúmplices das mesmas alegrias e sofrimento, passam a ser, um para outro, desconhecidos, estranhos, e por incrível a intimidade que tinham se transformou num medo e ambos têm receio um do outro. E dentro da teoria da cultura ele se torna mais um **João ou uma Maria**, abandonada pela família, e olhada pela sociedade como um pacote sem destinatário, um barco ao léu. Em nenhum momento a cultura assume a sua parcela de culpa, por ter acabado com o seu vínculo familiar, por ter castrado a possibilidade de se sentir um ser amado e importante para alguém, por ter destruído as suas pequenas chances de sonhar com um amanhã fora dos altos muros, que o impulsionassem a continuar na luta para viver dignamente, onde as asas do seu pensamento percorressem livremente os espaços abertos e pudessem tornar-se realidade concreta na “casa do amanhã”.

6.3 A ESCOLHA DOS SUJEITOS

Olhar, observar, pensar, escutar, refletir, deduzir e escolher. Passos que constituem um caminho preciso e natural, para uma escolha científica, quando se busca algo ou quando se deseja optar por algo ou alguém. No cotidiano porém, esse processo se mostra diferente, se desenvolve muitas vezes guiado por outros parâmetros, nem sempre explicados cognitivamente.

Dentro de parte do meu viver diário no ambiente onde se desenvolveu a travessia, as interações se desenvolvem naturalmente por estarmos em constante relação com os outros: afetamos e somos afetados pela simples presença humana. Percebemos e somos percebidos pelos simples fato de juntos formarmos um grupo que compartilha dentro de um espaço delimitado, cronológica e fisicamente, uma experiência de vida que nos torna-os profissionais ao mesmo tempo atores, testemunhas, parceiros, amigos e fantasmas, em acontecimentos que não têm roteiro e nem "scripts" definidos a priori. Sou o que eu sou, faço o que eu realmente posso fazer, me comporto como realmente tenho condições de me comportar, imbuída de meu conhecimento profissional e de minhas características de personalidade. Desenvolvemos portanto, sentimentos de solidariedade, de afeto, de frustração, de raiva, de simpatia, de compaixão, somados com as atitudes de curiosidade, de afastamento, de indignação, de tolerância e de aceitação. Todas as pessoas do grupo com quem convivo que têm um outro comportamento mais destoante do grupo, são normalmente as que mais me atraem, sinto-me impelida em me aproximar, tenho um desejo forte de saber as razões de seu comportamento, sinto uma vontade enorme de compartilhar o seu mundo, a sua vida, as suas emoções e tudo mais. A vontade surge em mim como uma atração natural e irresistível de trazer este outro para o mundo externo. Foram esses sentimentos e

atitudes que em parte, guiaram o meu processo de busca, foi assim que ocorreu a escolha dos sujeitos deste trabalho.

Nesse trabalho vou chamar as pessoas escolhidas por mim de **Anne** e **Rose**. Serão duas estrangeiras que, apesar de coabitarem o mesmo espaço físico, falam línguas diferentes, vivem em mundos e lugares diferentes, viajam através de seus delírios e alucinações por vários mares, têm dificuldade de adaptação como qualquer estrangeiro, por que essa realidade de vida vai exigir delas um processo de aculturação.

São olhadas com olhos diferentes pelo restante das pessoas e sentem-se sempre perdidas num espaço estranho, portanto sofrem um sentimento de rejeição, isolamento e solidão, fazendo-as cada vez mais se afastarem da realidade externa presente e mergulharem profundamente no seu mundo interior, povoado de fantasias e desejos que cada vez mais as afastam da realidade cruel de suas vidas como "seres normais" - o que é caracterizado ou pelo mutismo, isolamento ou pela agressividade, entre outras manifestações de comportamento.

A seguir apresentarei ANNE e ROSE, as duas separadamente, procurando colocá-las não como os objetos deste trabalho, mas sim como seres humanos que são. Juntas faremos a relação Eu-Tu o que no pensamento Buberiano ocorre dentro do espaço criado pelo relacionamento interpessoal enfermeira-doente.

Começarei com a descrição do cotidiano vivido por Anne e Rose e depois descreverei o comportamento de ambas no momento do início do estudo, que as observações foram feitas e transcritas com o cuidado de inferir o menos possível, para não mascarar a realidade.

6.4 O COTIDIANO

O dia começa a amanhecer, estará quente ou frio? Vou ter a visita ou não? Será um novo dia ou repetição do ontem? Será...? Pouco importa, as diferenças não entram no seu viver. Após o chamado deverá levantar e descer, descer e esperar pelo café que logo virá, que não conteria nada além de uma caneca de café com leite, um pão amanhecido com margarina. Sempre a mesma coisa, os fatos se repetem com a mesma exatidão, nada sai fora do seu horário previsto. Depois deve ir para o pátio e esperar, esperar ser chamado para visita médica ou para uma terapia social, para tomar a medicação ou fazer a higiene. Ganhará cigarro nos horários combinados se for fumante, irá na missa, se pertencer ao grupo que vai sempre e outras rotinas. Esperar simplesmente, para ver o tempo passar vagorosamente, ir se arrastando lenta e preguiçosamente e desaparecer pelas frestas do muro ou por baixo da porta de saída.

Na hora do café, ao ser chamada, vai ao refeitório e procura seu lugar o mais rápido e solitariamente, se alimenta rapidamente, pois sua condição física denuncia a necessidade de outros ritos alimentares; tem vontade de comer frutas, bolos, etc., porém a realidade é essa: está aí e não tem condições de ser modificada.

O processo de tomar o café é muito rápido, senta-se nas mesas com os outros mas pouco ou nada se conversa com o outro, come-se rapidamente.

Durante a manhã deve-se ficar no pátio ou na sala de TV; alguns doentes ficam alternando sala e pátio, ou seja, andam pelo pátio e vão sentar na sala e depois vão para o pátio, outros deitam nos bancos do pátio e outros ainda nos bancos do corredor.

É um tempo improdutivo, que se arrasta vagarosamente, pegajosamente, pois se tem a impressão que o tempo gruda de tal forma nas pessoas, no ambiente, que torna o cotidiano um eterno vai e vem sem objetivo, sem rumo, sem fim, sem alegria e sem esperança - *"aqui não tem nada para fazer, aqui o tempo não passa"*.

Alguns pacientes, as vezes são chamados pelas funcionárias para irem ajudar, ou na limpeza, ou para buscar roupa na lavanderia, ou buscar as refeições na cozinha, ou levar algo em algum lugar, sempre é um chamado prontamente atendido pelos pacientes pois significa a possibilidade de sair do pavilhão de ir lá fora, de sentir-se livre, de encontrar alguém pelo caminho e pedir um cigarro. De encontrar alguém para acender o toco de cigarro que está guardado há dias no bolso da calça, ou mesmo a sorte de encontrar um "toco de cigarro" pelo caminho.

Esporadicamente os pacientes são chamados para a consulta médica, que ocorre aleatoriamente ao longo da semana, nunca previamente agendadas, ou seja, elas nunca sabem quando vão conversar com o médico, algumas nem sabem o nome do médico.

Algumas, ao longo da semana, são chamadas para atividades de musicoterapia, terapia ocupacional e terapia com a psicóloga.

Às 11 horas é chegada a hora do almoço; ao abrir as portas do refeitório, o doente procura ocupar o seu lugar rapidamente; uma ou outra senta em lugar trocado, então são orientadas por funcionários, senta-se e espera o prato que é entregue servido pelas funcionárias e distribuído por outra doente encarregada ou pelo pessoal de enfermagem; come com ajuda da colher o mais rapidamente possível e procura um lugar na fila para repetição; é uma espera silenciosa e apreensiva pois nem sempre a repetição é suficiente para todos. Todo o ato de almoçar demora muito pouco, tudo é feito rapidamente e silenciosamente, apesar de

sentarem em mesas de 4 a 6 lugares, poucos conversam entre si. Depois do almoço a higiene vai depender da vontade e iniciativa de cada um e da disponibilidade de tempo da funcionária encarregada do setor.

Na realidade isso não ocorre normalmente, é mais uma das rotinas não cumpridas porém justificada pela equipe encarregada como excesso de trabalho.

Após o almoço, o destino é novamente o pátio, se esperar o tempo escorrer vagarosamente. Muitas dormem após o almoço: deitadas na sala de TV, no corredor externo do refeitório, nos bancos do pátio ou até num canto qualquer do pátio na grama. O lanche da tarde é servido às 15 hs e se resume a uma caneca de chá e um pão. O jantar é servido às 18 hs, após o jantar são abertas às portas que dão acesso a parte interna do pavilhão, então as pacientes podem escolher deitar, ficar no pátio ou ver TV. É comum se encontrar pacientes deitadas às 18:30 hs, não parecem querer dormir, estão ali, simplesmente deitadas, como uma forma de quebrar a rotina estagnante do dia.

A noite vai chegando tranquilamente e aos poucos o silêncio vai tomando conta do ambiente, silêncio esse as vezes quebrado por um grito alucinante na madrugada, ou por uma figura caminhando desorientada pelos corredores escuros. Quando o sol novamente surgir tudo se repetirá, levantar, tomar café, esperar, almoçar, esperar, lanche, esperar, jantar, esperar, dormir. Essa seqüência é quebrada nos dias de visita e nos dias de banho.

A visita acontece nas quintas-feiras, sábado e domingo à tarde das 14 às 17 hs. Somente 20 ou 30% das doentes internadas recebem visitas normalmente. O familiar após se identificar na portaria onde recebe um crachá de visitante, se dirige ao pavilhão onde as doentes se encontram internada. Após se identificar no posto de enfermagem, a funcionária abre a porta da sala de visita que dá acesso ao pátio,

e chama a doente pelo nome. Esse momento é aguardado ansiosamente por todos, e sempre esse movimento de abrir e fechar a porta significa abrir uma alegria e acabar com uma esperança. Pois ao simples girar de chave todos os olhares se voltam na direção daquele objeto retangular que representa tudo para ele. Representa seu outro lado da história, representa a sua continuidade lá fora, representa o seu suprimento afetivo, a sua oportunidade de sair, de interagir de poder sentir gente, gente amada e feliz. Nesse dia o tempo não escorre vagorosamente, ao contrário ele voa e na medida que a tarde vai acabando, a esperança vai apagando junto com os últimos raios de sol, e junto também vai uma parte de cada um, são vários olhares de alegria que se apagam, que morrem solitariamente, no escurecer da noite. A vida já não é a mesma, ou melhor a vida desapareceu e após as 17 hs, já não vamos encontrar ninguém parado ou sentado perto da porta, com olhar de expectativa. As doentes retomam o seu estilo próprio, voltam a se concentrar no seu foco conhecido e novamente a cena se ajusta, se encaixa, frente ao assumir de cada um o papel que lhe cabe, que lhe resta.

Anne e Rose e todos os outros 73 doentes do pavilhão fazem parte desse cenário cada uma atuando de acordo com as suas condições, com o seu comportamento, com a sua singularidade, que dentro do coletivo se massifica. Todos juntos formam um todo que não é visto separado, não são vistos individualmente, ao contrário a tendência é generalizá-los e torná-los o mais impessoal possível, pois só assim a cultura será preservada.

6.5 APRESENTANDO ANNE

Anne é casada, separada, tem 3 filhos, 53 anos, procedente de município próximo da capital, internada desde 1969, com outras internações em diversos hospitais psiquiátricos da cidade.

Pesa 63 quilos, mede 1,60 m, aspecto emagrecido, cabelos compridos até os ombros, crespos, grisalhos, sem corte e caídos sobre a face, unhas sujas e mãos cuidadas, a pele de seu corpo está ressecada com algumas escoriações provocadas por prurido na região abdominal. Apresenta faces encovadas com presença de pêlos no buço e com presença de rugas, tem uma mancha escurecida envolvendo a face em forma de borboleta, distribuída simetricamente nas hemifaces. Quando exposta ao sol a mancha se acentua e fica avermelhada. Parece mais envelhecida para a idade que tem. Permanece a maior parte do tempo curvada, em pé ou sentada, anda com a cabeça pendida para frente. Permanece muito tempo na mesma posição, ao andar seus braços permanecem caídos ao longo do corpo, e arrasta os pés para andar.

Não tem iniciativa própria: ao ser convidada para tomar banho entra embaixo do chuveiro lavando-se rapidamente sem aparentemente preocupar-se em higienizar-se adequadamente. É um banho rápido, enxuga-se mal e veste as roupas que lhe são dadas sem questionar nada, mesmo que sejam inadequadas à temperatura ambiente; não reclama e nem solicita outra, também não procura alinhar as vestes. Não procura se pentear e nem escovar os dentes sozinha; se for chamada vem e o faz sem preocupação de realizar corretamente as atividades. Apresenta-se, na maioria das vezes, com vestes sujas, com odor forte, predominando o de urina, e despenteada.

Olha as pessoas de soslaio, quase não encara as pessoas quando conversa, aparenta não perceber o que se passa à sua volta, quando a chamamos pelo nome, olha-nos como se não estivesse vendo nada. Fica bastante tempo olhando para as suas mãos, com as quais executa movimentos ritmados; na maior parte do tempo parece alheia ao ambiente.

Em geral não se ocupa com qualquer atividade. Anne tem um canto próprio dentro de um salão que serve para refeitórios e tem uma TV na parte final. Permanece a maior parte do tempo deitada ou sentada em três cadeiras que estão encostadas na parede no fundo do salão e próximas da TV, a uns três metros em ângulo de 90 graus. Essas cadeiras são de madeira e quase nenhuma outra doente senta-se nelas, parece ser o seu espaço próprio. Quando deitada, mantém a cabeça elevada sem apoio, além dos limites das cadeiras, inclinada formando um ângulo de 60 graus com o corpo; mantém as pernas flexionadas e os braços sobre o abdômen e executa movimentos ritmados com os dedos da mão, sempre em extensão. Algumas vezes fica olhando a televisão parecendo interessada em alguma coisa que vê. Fica sentada na sala, deitada ou sentada no pátio o tempo todo, quando é chamada para alguma atividade como musicoterapia ou terapia ocupacional, vai e se mantém distante sem interagir com o grupo, conforme observação e anotações feitas na folha de evolução.

Fica a maior parte do tempo sozinha, e só se junta ao grupo de doentes, quando alguém lá a coloca, porém sem interagir com ninguém. Não tem iniciativa própria e não demonstra interesse por nada. Ao chegar o almoço no pavilhão, ela se dirige imediatamente à mesa para sentar, porém espera o prato que outra doente lhe traz já feito pelas funcionárias. Come rapidamente e fica controlando a fila de

repetição, para onde se dirige antes mesmo de acabar de comer. Após almoçar vai deitar no pátio externo. Deita-se na relva onde também determina seu próprio lugar.

Algumas doentes a procuram para conversar, porém ela não responde e quando a pessoa insiste ela demonstra sinais de ansiedade (movimenta as pernas, mexe-se no banco e movimenta os braços), olha assustada para o espaço à sua volta e quase não dirige o olhar para a pessoa que está falando. Com essa atitude constante ela é caracterizada como a “doente que não fala”. Isso é confirmado por fala de outras doentes: - *“Eu já estou aqui há 3 meses e nunca ouvi a voz dela ...”*. *“Não adianta conversar com ela, ela não responde, fale comigo...!”*. Portanto, cada vez mais fica isolada por todos, tanto pelos membros da equipe como pelas outras doentes.

A comunicação verbal é quase nula e usa a forma não verbal para se comunicar com algumas pessoas da enfermagem e estagiários.

Sua atividade se restringe a alimentar-se, sentar com os braços e pernas cruzadas ou deitar-se nas cadeiras, deslocar-se da sala a um ponto do pátio externo onde senta-se ou deita-se no chão quando tem sol, tomar a medicação quando é chamada, alimentar-se nos horários de rotina e sair para terapias quando é convidada.

6.6 APRESENTANDO ROSE

Rose é branca, tem 30 anos, é solteira, procedente do interior do Estado, internada neste hospital desde 1993, como consta da última guia de internação.

Pesa aproximadamente 96,5 kg e mede 1,55 m, apresenta pele gordurosa, abdômen protuso, dentes em más condições de higiene e parece envelhecida para sua idade, parecendo ter 45 anos.

Nos dados da ficha de internação o início de sua doença veio com a adolescência, e com vários internamentos anteriores a este.

Apresenta-se cabisbaixa, andando de um lado para o outro no ambiente, parecendo não ter um rumo definido.

Não cuida de sua higiene espontaneamente, precisando ser lembrada para tomar banho; porém, ao fazê-lo, não se higieniza adequadamente. Algumas vezes urina na roupa; apresenta as unhas com sujidade; os cabelos estão aparentemente sujos e despenteados, e no momento está com pediculose.

Apresenta as roupas permanentemente em desalinho, rasgadas, desabotoadas, pequenas para seu porte físico, inadequadas para a temperatura ambiente, anda descalça, pois esquece o sapato em qualquer lugar, não tomando a iniciativa de ir buscá-los. Quando é solicitada a fazê-lo, vai pegá-los.

Tem o olhar vago, às vezes parece procurar algo; quando contrariada exprime raiva, franzindo a sobrancelha ou encarando as pessoas; quando fala em sair do hospital e sobre seus familiares, exprime tristeza; denota cansaço.

Não se ocupa em uma atividade determinada, faz pequenas coisas quando é solicitada. Fica andando pelo corredor a maior parte do tempo: esse andar é lento e sem objetivo; às vezes pára e conversa com outra doente; usa frases desconexas e não espera resposta; fica muito tempo na porta de saída, interpelando um ou outro, com frases sem lógica acompanhadas de risos aparentemente inadequados e afasta-se das pessoas que entram ou dela se aproximam. Ao falar com os outros usa um tom de voz baixo, sem clareza, de forma ininteligível. Rose permanece sempre no pátio II, onde ficam os doentes "mais comprometidos" e "agitados", por ser um local pequeno e de estrutura física que "permite maior isolamento". O pátio externo é uma área de aproximadamente 150 m², os quartos são chamados de

cubículos e têm uma área de 2,50 x 2,50 m; a janela é alta e com grade e a porta tem fechadura só por fora com duas aberturas, uma arredondada na parte superior que serve para olhar dentro do quarto. E outra retangular na parte inferior da porta para passar o prato de comida nas refeições ou a comadre. A cama é fixa, feita de cimento com colchão, não existindo outro mobiliário no quarto. A lâmpada de iluminação que fica no teto do quarto é protegida com tela.

Rose fica sempre por perto dos outros doentes mas parece não perceber o que se passa à sua volta; quando solicitada atende prontamente ao chamado e às vezes executa o que lhe pedem. Quando apresenta agitação, ao ser contida ou isolada no quarto, protesta violentamente de forma verbal e física.

Bate com força na porta, usando a mão fechada ou os próprios pés, rasga o colchão, os lençóis e o cobertor, urina pelo quarto todo e joga pelo quarto qualquer coisa que recebe. Nessas situações tira as roupas e quase sempre permanece nua ou semi-nua.

Conversa esporadicamente com os outros, não interage por muito tempo com nenhuma doente. Dependendo do seu estado de humor mantém-se excessivamente reservada, evitando aproximação; ao alimentar-se procura ficar isolada comendo rapidamente, enchendo em demasia a boca e engolindo os alimentos sem mastigar. Ao ser interrogada sobre essa atitude responde com ar de zanga - "*Estou com fome*". Não coopera com o grupo se não quando solicitada

Rose por estar com peso acima da tabela, as vezes fica trancada no quarto, no horário de almoço, pois segundo funcionários tem que seguir uma dieta, se permanece junto às outras rouba-lhes a comida, não sendo possível obedecer a dieta.

Nas conversas insiste em assuntos relacionados ao seu passado como a morte de seu pai; às vezes usa palavras estranhas, que não fazem sentido dentro da frase, como por exemplo: repete a mesma frase, fala sozinha quando andando pelos corredores. Relata estar cansada de viver dentro do hospital e preocupa-se em não ter para onde ir, sentindo-se abandonada pela família, que quase nunca a visita. Acha que tem uma outra pessoa dentro de si, que a perturba e lhe obriga a fazer bobagens. Pensa que a sua situação não tem jeito e repete sempre o mesmo relato de sua fantasia sexual envolvendo o seu médico.

Seu humor é instável, alternando rapidamente de um polo ao outro. As manifestações de agressividade surgem após alguns risos desconexos e uns gritos esparsos. Logo após começa a agredir e só pára quando contida física ou quimicamente, conforme conduta da instituição. Quando fica contida, seus protestos através de gritos, agressões verbais, tentativas de agressões físicas não diminuem: grita e fala alto palavras de baixo calão, agredindo verbalmente quem se aproxima. Forçando para se soltar das faixas de contenção, aperta o nó que fixa os seus punhos e os tornozelos, provocando algumas vezes, edemas, escoriações e lacerações.

Nesses momentos não responde adequadamente às tentativas de diálogo. Ao ser abordada responde com agressões verbais. Quando calma diz não saber porque ficou irritada, atribui isso a forças estranhas, e denota tristeza. Chorando diz: - *"minha vida não tem jeito, estou cansada disso ..."*

Conforme data constante da guia de internação até o dia da presente observação, no período de 3 anos Rose não teve nenhum registro de licença para fim de semana fora do hospital.

Durante o período do estudo não recebeu visitas, reclama muito do fato e sente-se abandonada e triste com isso. Acha que nunca vai sair do hospital.

Não sabe informar que remédio está tomando; normalmente aceita a medicação sem protestar, mas quando agitada recusa terminantemente, dizendo não precisar dela.

Em geral não apresenta problemas somáticos e quando os tem são em decorrência das agressões físicas (edemas, exudações, lesões cutâneas por traumatismo). Não reclama de dor e não tem preocupação em proteger o local ferido.

Devido a estas manifestações de comportamento, Rose é tida, no pavilhão, dentro de uma linguagem própria das pessoas que lá trabalham, como “um caso a parte”. Algo fora do comum, um “Deus nos acuda”.

Em todas as anotações de seu prontuário encontra-se as palavras “agitada” e “agressiva”, “sem controle” entre outras.

Rose é, portanto, uma candidata real ao isolamento e à contenção, segundo as normas do hospital, que usa desses recursos como forma de tratamento. Foi esse o principal ponto que me atraiu para Rose. Não conseguia entender o que a levava a agitar-se e a agredir violentamente a todos e a si mesma quase que diariamente. Havia dias onde existia duas anotações de enfermagem no mesmo dia, referentes à contenção física e química.

Essa destrutividade para mim era um grito de socorro, um pedido de ajuda, um lampejo de vida, pois segundo as funcionárias, entre as doentes de longa internação Rose é a única que ainda “não está adaptada”, “a que dá mais trabalho”, “que apronta mais”, “a mais ruim e a mais perigosa”.

Senti que deveria tentar ajudar Rose.

6.7 A TRAVESSIA ... O PRIMEIRO PASSO

Esses foram os sentimentos que predominaram no primeiro dia da relação.

- Companheiros, a postos!

Roteiro escolhido e determinado, bagagens prontas e fechadas, passaporte carimbado, bilhetes comprados, tudo feito, tudo pronto!

O primeiro apito faz-me tremer por inteira.

É tudo conhecido, mas ao mesmo tempo tudo tão estranho e desconhecido, pois não sei onde vou chegar, o que vou encontrar e não tenho nem idéia do que vou descobrir.

Não sei, não sei...

Somente de uma coisa eu tenho certeza absoluta e domino plenamente: é a minha vontade de ajudar, é o meu desejo imenso de atravessar essa ponte, transpor esse espaço que nos separa e descobrir o que se esconde na casa do amanhã!

Segundo apito: o coração bate mais forte, a respiração se torna ofegante e uma sensação transborda todo o meu ser: é a emoção dessa viagem que não é a primeira, mas que pela sua singularidade se torna única. Impede qualquer preocupação com o futuro, - agora só o presente conta. A emoção do que vamos encontrar pela frente é tão forte que só me preocupo em ajudar minhas companheiras de viagem a descobrir novos caminhos ao longo da travessia; a verem que a curva no final da reta esconde um riacho de pedras redondas e de água cristalinas, que a floresta é densa, mas que podemos abrir clareiras para chegarmos até o rio, que o entardecer não encerra um dia mas anuncia o começo de uma noite e que o amanhecer traz outras paisagens e novas esperanças. Enfim, que o percurso é feito por nós três, não como pessoas distantes, mas como companheiras e cúmplices de desejos, principalmente de ajudar e ser ajudado, de

encontrar e reencontrar, de ir na busca de um caminho melhor, na direção da liberdade.

Foram esses sentimentos que me invadiram. Esse momento da relação é tão próximo e significativo que consigo somente ser o que sou - Neiva simplesmente.

~~Tudo~~ Tudo começou assim.

~~Começarei a~~ descrever o início da relação com Anne, pois foi com ela que iniciei o trabalho.

6.8 O CAMINHAR COM ANNE

Anne estava sentada nas cadeiras do refeitório, com as pernas cruzadas e os braços flexionados, com as mãos sobre as pernas. Cheguei perto e a cumprimentei, estendendo a minha mão. Anne não estendeu a mão, não olhou para mim. Pedi licença e sentei-me ao seu lado, falando que entendia e aceitava o seu modo de ser e que estava ali para tentar ajudá-la no seu dia-a-dia.

Contei-lhe que havia lido o seu prontuário e que tinha conhecimento dos longos anos de internação e também da dificuldade da família em ir visitá-la. Durante todo esse tempo Anne me olhava de lado e balançava as pernas. Concluí o nosso primeiro encontro dizendo que ela poderia pensar se gostaria de ficar ou não na minha companhia e me responder na próxima vez que a procurasse.

A sua conduta parecia testar a minha disponibilidade. Não expressei sentimento à rejeição, embora ficasse claro para mim o quanto era difícil para Anne decidir qualquer coisa, como também para mim pesquisadora, saber como conduzir, já que Anne não se comunicava verbalmente e não demonstrou nesse primeiro momento nenhuma vontade de falar, isto é, não disse nada!

A vontade de entender esse seu modo de ser e estar com os outros me impulsionava a continuar.

O nosso segundo encontro não foi diferente do primeiro. Não houve maiores demonstrações de aceitação por parte de Anne com relação à proposta de nos encontrarmos com certa frequência para trabalharmos juntas, buscando outras maneiras de relacionamento. Achei melhor finalizar o encontro dizendo que a forma dela recusar a minha presença era levantar-se e ir para o pátio, caso contrário, se continuasse sentada ao meu lado, eu consideraria essa atitude como uma comunicação positiva para minha proposta. Anne ficou um pouco ansiosa (olhava para os lados, balançava as pernas, mexia com as mãos) porém permaneceu sentada. Concluí o encontro dizendo: *“Anne eu quero sinceramente ajudá-la, e pode ter certeza que farei tudo o que puder para você se sentir melhor!”* Despedi-me e fui embora.

Esses dois momentos da interação me mostraram claramente o que é colocado pela literatura em relação à necessidade da pessoa doente aceitar o outro e nele confiar para que a relação flua livremente. Esta fase é caracterizada como inicial: já que a fase de pré-interação havia sido superada quando terminei a observação de seu comportamento.

Os encontros transcorriam nos dias que havíamos combinado, que eram segundas, quartas e sextas, sempre no mesmo horário e no mesmo local, no refeitório onde ela sempre permanecia sentada.

Ao chegar, eu dizia: “Bom dia!”, estendendo a mão. Anne me olhava mas não estendia a mão e nem respondia. Então eu sentava ao seu lado e conversava sobre a temperatura ambiente, algum fato ocorrido no pavilhão, falava de meus

afazeres fora da instituição e da minha vontade em ajudá-la. Sempre ao finalizar, me despedia e falava o dia que ia voltar.

Na terceira semana cheguei normalmente e fui até onde Anne estava, cumprimentei-lhe e estendi a mão. Anne respondeu ao cumprimento positivamente mexendo a cabeça e também estendeu a mão e me cumprimentou. Eu verbalizei o meu contentamento e falei que ela poderia contar comigo para qualquer coisa, ficando ao seu lado.

Ofereci-me para cortar suas unhas e convidei-a para passear no jardim. Aceitou cortar as unhas, mas passear no jardim não e me pareceu meio assustada com a idéia. Olhou-me rapidamente e mexeu-se muito na cadeira. Tranquilei-a dizendo que ela poderia pensar na idéia e que iríamos quando resolvesse.

Esse ponto da relação marcou para mim o início da aceitação interpessoal pessoa-enfermeira-doente, pois o fato de estender a mão, essa comunicação não verbal significava que a partir do momento que eu estava tocando o seu corpo, também estava entrando no seu mundo. Senti que a proximidade nos tornou pessoas significativas uma para outra, criando espaço onde poderia acontecer alguma mudança, alguma transformação.

Nos encontros subseqüentes, Anne aceitou ir sentar comigo na sala de visita ou sala de espera. Com isso, procurei preservar sua individualidade e caracterizar que aquele espaço de tempo era só nosso (eu e ela), pois na sala do refeitório os nossos encontros eram interrompidos por outras doentes, que não entendiam como eu poderia ficar conversando com uma pessoa que não conversava comigo, ou por outros que queriam pedir algo ou perguntar alguma coisa. Na sala de visita o espaço era só nosso e não havia interrupção. Nesse

ponto, Anne aceitou ir passear no jardim o que caracterizei como um grande avanço, pois fazia muito tempo que ela não saía do pavilhão.

Nesse primeiro passeio no jardim, a tentativa de conversa girou em torno das espécies de flores, do seu colorido, procurando fixar o nome das cores, do ambiente alegre que as flores criavam, da presença dos pássaros e das outras pessoas que circulavam pelo jardim. A cada pergunta minha ou alguma colocação, Anne respondia não verbalmente. Porém, a cada dia que passava ela parecia mais aberta, isto é, me olhava mais diretamente, percebia os barulhos e dirigia o olhar na sua direção, prestava atenção nas outras pessoas, etc.

Como senti reciprocidade, interdependência, confiança em Anne, comecei a falar com ela do meu desejo de levá-la a uma cabeleireira fora da instituição, pois seu cabelo estava comprido, até os ombros, sem corte e ficava caindo no seu rosto e aparentemente prejudicando a sua visão. Expliquei a ela o que faríamos e perguntei o que ela achava da idéia. Ela me olhou vagarosamente. Então arrisquei a pergunta.

E - "Anne você vai comigo a um salão cortar o cabelo?"

A - Responde afirmativamente com a cabeça.

E - "Ótimo!" Então nós vamos fazer o nosso primeiro passeio fora do hospital!

Nesse dia fiquei muito contente com os fatos. Senti que estávamos em pleno desenvolvimento da relação interpessoal, pois Anne estava mudando, estava interagindo melhor, confiava em mim, me aceitava como pessoa, aceitava outras formas de se relacionar comigo.

No dia marcado, saímos da instituição e fomos até um salão de beleza. Ao chegarmos, tivemos que esperar um pouco e depois o corte foi feito. Anne ficou

quieta, olhando para o espelho. Ao sairmos fomos lanchar e após voltamos para a instituição. Nesse dia e nos subseqüentes, ao me despedir, Anne aproximava seu corpo do meu e colocava os seus braços de forma estendida ao redor do meu corpo. Não era como um abraço tradicional, mas era o abraço que ela conseguia dar e isso para mim significava um progresso enorme, significava que eu fazia parte do seu mundo e estava próxima dela.

Nas interações seguintes, fizemos juntas um calendário e um relógio, com a finalidade de manter Anne orientada, pois no pavilhão não existe calendário. Penduramos o calendário na parede do seu quarto e a cada encontro circulávamos a data em vermelho e no relógio marcávamos o horário do encontro. Na tentativa de mantê-la na realidade do mundo circundante, iniciamos um trabalho manual, que também contribuiu para a socialização de Anne. Esse trabalho manual era uma espécie de guardanapo para mesa de cabeceira do quarto de Anne, feito de retalhos de tecidos unidos um a um, trabalho esse desenvolvido num banco do jardim. Eu também costurava, isto é, ajudava no trabalho de Anne e auxiliava a parte dela, enfiando a linha na agulha e cortando os retalhos. Quando Anne acabava de juntar dois retalhos, devolvia-me o trabalho e após tecer os comentários cabíveis e os elogios, perguntava se ela queria continuar e recebia uma resposta não verbal positiva.

No desenrolar da relação interpessoal, sentia a necessidade de saber até que ponto Anne estava envolvida comigo, pois era sempre eu que a procurava e nunca ela vinha me procurar. Um dia, ao chegar no pavilhão, pedi a uma funcionária para ir até Anne dizer a ela que eu estava lhe esperando. A funcionária foi até Anne e perguntou-lhe se ela me conhecia.

Anne respondeu afirmativamente com a cabeça. Foi informada que eu a estava esperando na sala.

Anne olhou para a funcionária, ficou em pé e parou.

A funcionária lhe disse que podia ir, que eu a estava esperando.

Anne veio sozinha, abriu a porta e veio até onde eu estava.

Cumprimentei Anne e convidei-a para sentar. Falei que gostaria de sair com ela, passear fora do hospital, conhecer outros lugares, ver outras pessoas e outras coisas.

E - "O que você acha da idéia, você quer ir?"

A - Balançou afirmativamente a cabeça.

E - "Então vou combinar com o médico o dia da nossa saída."

O fato de Anne me procurar, demonstrou que a nossa relação interpessoal estava consolidada. Ela havia feito uma opção, ou seja, procurar um relacionamento com outra pessoa. Isso também significava para mim que eu era importante para ela; resumindo, eu fazia parte do seu mundo, da sua rede de significado.

No seu dia-a-dia, Anne começava a se relacionar melhor com os outros. Ao ser chamada para a higiene, atendia prontamente, chegando um dia a pedir verbalmente a sua escova de dente - "Cadê a minha?" à funcionária encarregada que havia ignorado a sua presença.

Nas anotações das evoluções das atividades de musicoterapia e terapia ocupacional, mostravam que Anne estava mais participativa, aceitando que outros doentes pegassem na sua mão, sentassem ao seu lado, participando melhor das atividades, mais atenta no grupo de atividades.

Esses dados concretos de mudança de comportamento, mostravam-me claramente que o relacionamento estava sendo terapêutico, que Anne estava

superando as dificuldades. Estava se transformando e se relacionando melhor com os outros.

Nossa saída para ir no Passeio Público foi tranqüila. Anne se mostrou interessada nos animais, nas pessoas e no ambiente. Durante o lanche se portou normalmente e não demonstrou sinal de ansiedade. Ao voltarmos para o carro, parou em frente a um carrinho de pipoca, então eu falei:

E - "Você quer pipoca?" e ela respondeu: "Sim, quero ver outra".

A - Balançou a cabeça afirmativamente e resmungou junto: "Hum, Hum!".

Dei-lhe a pipoca e Anne foi comendo lentamente uma a uma. Parecia estar gostando da idéia de estar passeando de carro e comendo pipoca.

Nos encontros subsequentes procurei desenvolver com Anne uma atividade onde ela tivesse que usar a linguagem escrita. Achei que dessa maneira poderia ser mais fácil para ela se comunicar. Começamos a desenhar e Anne não teve iniciativa. Então procurei desenhar e dar para ela colorir o desenho e após acabar escrever a data e o seu nome. O que ela fez escrevendo sozinha todo o seu nome.

Deu para perceber que Anne estava orientada, e fazia uma ligação adequada com o ambiente, pois participava de todas as atividades que eu propunha.

Com o passar do tempo se tornou bem receptiva à minha presença, permitindo minha aproximação até à fase do toque, coisa que no início do relacionamento não era possível, pois uma das características marcantes em Anne era o seu isolamento e a sua insociabilidade. Na medida que trabalhávamos juntas, o vínculo ia se solidificando e Anne ficando mais próxima de mim. Isso era visível na sua comunicação não verbal, agora acompanhada de resmungos ou murmúrios, na

sua forma de me “abraçar” na despedida, pois, na medida que o tempo passava, o seu abraço ia se tornando mais forte e mais próximo da forma de abraço tradicional.

Sentia que havia vínculo comigo e que este estava consolidado, pois dentro da unidade Anne me seguia com o olhar quando eu saía da unidade e ia para o pátio. Pouco tempo depois percebia Anne me observando de um canto qualquer e a qualquer sinal de chamado Anne vinha ao meu encontro. Os passeios fora do pavilhão eram partilhados por ela com entusiasmo; através de sua comunicação não verbal (faces descontraídas, olhar atento, comportamento tranquilo).

Um dia estávamos no jardim e um bichinho veio voando e sentou no meu braço sobre o guarda-pó. Ao notar o fato, ergui o braço e mostrei o bichinho junto, com um comentário sobre o seu colorido e beleza, porém quando Anne olhou e viu o bichinho, com um gesto brusco o retirou do meu braço demonstrando ansiedade. Percebi que foi um gesto para me defender, para me proteger: então concluí uma vez mais que a relação era significativa, que eu era importante para ela a ponto dela querer me proteger.

Ao faltar 30 dias para concluir o trabalho, comecei através do calendário e de conversas a colocar para Anne o final do processo. Nesse espaço de tempo, junto com a assistente social da instituição, procurava fazer contato com a família de Anne para trabalhar a importância de sua visita e de seu apoio ao tratamento. Preocupava-me pensar sobre como Anne se sentiria após o término da relação, porque comigo ela saía passear no jardim e para fora da instituição, sua higiene melhorou bastante e sua iniciativa era reforçada positivamente. O contato próximo comigo facilitou a mesma atitude com o restante do grupo, pois eu servia como uma ponte. Por exemplo: quando estava com Anne, outras doentes viam e ficavam próximas e começavam a falar com ela, perguntando coisas sobre ela e sua vida.

Passou a participar das atividades desenvolvidas em grupo e procurava ficar próxima de mim, parecendo se manter atenta às conversas, e, por meio de sua comunicação não verbal, demonstrava claramente acompanhar o que ocorria

A cada novo encontro era reforçada a idéia do final da relação e procurava saber como Anne se sentia, o que pensava de tudo isso, o que gostaria de falar. Quando ficava insistindo em respostas verbais, Anne ficava ansiosa, movimentava as pernas e braços rapidamente, passava a mão no cabelo, olhava para os lados e resmungava incompreensivelmente. Então procurava acalmá-la, dizendo que compreendia a sua dificuldade de falar, mas que apesar da relação interpessoal planejada acabar no final do mês, a relação amistosa e o afeto que havia entre nós não acabaria e que eu continuaria a visitá-la.

Achei que não estaria respeitando-a eticamente se interrompesse totalmente a relação, pois o trabalho que desenvolvi com Anne acabou retirando-a do seu isolamento e criando outras perspectivas de vida. A idéia de manter o vínculo através de visitas às quintas-feiras, seria uma forma de manter viva essa chama de querer interagir com o outro e desta maneira ela não voltasse ao seu isolamento habitual.

O último dia da relação foi muito significativo para mim e acho que para Anne também, pois me pareceu mais atenta e ansiosa que o habitual. Coincidentemente era também o dia que eram comemorados os aniversários do mês e Anne estava incluída na lista. Trouxe de presente um agasalho para Anne e combinamos que após o banho eu faria uma escova no seu cabelo para deixá-la bem bonita. Eu particularmente estava apreensiva, pois era a primeira vez que usaria um secador de cabelo para pentear Anne. Foi tudo bem, Anne aceitava tudo, respondia em resmungos (hum, hum) positivamente para qualquer proposta. Após

banhada, vestida, penteada e maquiada fomos para a festa. Ao entrarmos na sala os comentários positivos por parte dos funcionários, em relação a Anne foram gerais: - *“Como está bonita; como ficou diferente!”* *“Tudo isso só por causa do seu aniversário”*. Ali uma doente que também estava na sala falou - *“Até parece outra pessoa.”*

Anne se comportou adequadamente e comeu bastante, até de forma exagerada se considerarmos a sua forma habitual de se alimentar.

Ao acabar a festa nos despedimos e nos abraçamos como sempre, e reforcei à Anne que viria visitá-la, na medida do possível, às quintas-feiras.

Deixei Anne no pavilhão e fui embora com uma sensação de tristeza por ela e por mim mesma.

Passados alguns dias, pude compreender que não tinha deixado Anne para trás, pois ela continuava dentro de mim, fazendo parte das minhas lembranças, da história da minha vida profissional.

6.9 O CAMINHAR COM ROSE

Nessa parte do estudo descreverei a trajetória do trabalho com Rose: seu início, seu desenrolar e seu final. Procurando fazer em forma de relato e colocando alguns trechos da fala de Rose ou de nosso diálogo, achei que dessa forma poderia mostrar com maior clareza a relação e a sua evolução.

Ao chegar ao pátio, Rose estava fechada no seu quarto por ser horário de almoço. Ao término do almoço solicitei à funcionária que abrisse a porta.

Quando Rose saiu, eu a cumprimentei e a informei que estava lá só para conversar com ela e que tinha uma proposta para lhe fazer. Após sentarmos na mureta, continuei dizendo que há dias vinha lendo no livro de ocorrências as

anotações de enfermagem onde constava que ela vinha sendo medicada e contida com bastante frequência e que eu achava que isso deveria ser ruim e que gostaria de fazer alguma coisa para ajudá-la. A seguir perguntei:

E - O que você acha?

R - Eu tenho ficado muito trancada.

E - Que tal contar comigo para juntas melhorarmos isso, que tal conversar comigo para se abrir um pouco e ver se as coisas não melhoram?

Esta ficou em pé num salto, foi na minha frente e falou:

R - Você compra melancia para mim?

E - Não é disso que estamos falando, a minha proposta é outra.

R - Você compra melancia para mim, lá (e aponta na direção da cantina do pavilhão).

E - Você não quer conversar sobre o que lhe acontece?

R - Você compra melancia para mim?

E - Rose, dá para entender que você não quer falar, não é mesmo? Mas não precisa responder hoje, eu volto amanhã e poderemos conversar novamente, não tem melancia para vender aqui no pavilhão.

Despedi-me, e sai.

O diálogo na íntegra reforça a teoria quando a mesma coloca o quanto é real a distância que me separa do doente. Eu estou de um lado e ela do outro; a distância entre nós é enorme, formando um abismo que para transpô-lo precisamos construir uma ponte, através da qual possamos diminuir a distância e decodificar esse emaranhado do mundo da loucura. Ela primeiro precisa confiar em mim, para depois falar do seu sofrimento. Naquele momento eu não tinha a menor idéia do que significava a melancia ou o ato de pedir para comprá-la. Seria a fruta mesmo ou

outra mensagem qualquer? Voltei no outro dia e encontrei Rose andando no corredor do pavilhão. Cumprimentei-a, convidei para sentar e lhe perguntei:

E - Rose você pensou na minha proposta de ontem?

Ela me olhou, foi um pouco mais longe de mim e falou:

R - Eu tenho uma fome aqui por dentro.

~~o~~ Pegou com as mãos a blusa e mostrou a região do peito.

~~r~~ ~~E~~ ~~me~~ ~~posso~~ ~~compreender~~ isso como pedido de ajuda?

~~N~~ ~~ã~~ ~~o~~ ~~r~~ ~~e~~ ~~s~~ ~~p~~ ~~o~~ ~~n~~ ~~d~~ ~~e~~ ~~u~~ ~~o~~ ~~d~~ ~~e~~ ~~u~~ ~~o~~ ~~d~~ ~~i~~ ~~s~~ ~~s~~ ~~e~~ ~~:~~

R - Vou beber água.

Quando voltou, veio sorrindo para mim enquanto eu a observava. Aproximou-se rapidamente e deu-me um beijo no rosto. Eu fiquei meio assustada e espantada e lhe disse:

E - Por que isso?

R - Eu gosto de você.

Então ela sentou-se na mureta, próxima de mim e falou:

R - Você vai conversar comigo?

E - Vou, sempre que você tiver vontade e precisar.

Finalizamos a proposta reafirmando que nos encontraríamos outras vezes, que ficaríamos um tempo juntas. Ao sair reforcei a minha vontade de ajudar para que Rose não precisasse ficar tantas vezes contida.

Nas interações subseqüentes procurei me aproximar mais de Rose. Procurava ajudá-la na sua higiene e levava material para que ela pudesse maquiar-se (batom, sombra, esmalte, perfume, espelho). Rose não cuida de sua higiene, o que sugere uma auto-estima baixa, pois na maioria das vezes encontrava-se com roupas rasgadas e sujas, não ficava calçada e também não se importava com o fato.

Sentia muita dificuldade de estabelecer uma conversa com Rose, por que as outras doentes ficavam em volta solicitando coisas e sempre que outros se aproximavam Rose saía, ia andar, tomava água, falava sozinha e voltava com ar desconfiado. Voltou e pediu para ir ao jardim; respondi que tinha que ver com a funcionária se ela podia sair. Ao conversar com a encarregada, esta mostrou-se resistente dizendo que Rose não era confiável; que não se controlava e que poderia aprontar lá fora. Respondi que deveríamos dar um voto de confiança à Rose, pois havia conversado com ela e que a mesma havia dito que tinha condições de sair e se comportar.

A funcionária relutou, eu insisti e ela permitiu com a condição de ir uma servente junto. Concordei e fui falar com Rose. Ficou alegre e foi para a porta de saída. Ao sairmos do pavilhão Rose andava rápido e na frente. Chegando no jardim, falou:

R - Que lindo!

E - É muito bonito mesmo, tem bastante árvores e flores.

R - Eu plantei bastante coisa na minha casa.

E - Então deve ser gostoso lá!

R - Eu não tenho mais casa, minha mãe vendeu.

E - Mas onde sua mãe mora?

R - Não sei, faz tempo que ela não vem, eu morava com a tia.

Quando passamos perto de um banco, falei: - "Vamos sentar?" e sentamos as três. Procurei ficar ao lado de Rose. A funcionária, insistia em repetir.

F - "Se você ficar 'boazinha' pode vir sempre aqui".

Procurava intervir dizendo:

F - "Na medida que Rose melhorar ela vai ficar boazinha, explicando que bondade estava associada à saúde. A seguir a funcionária, achou que estava ficando tarde e teria que entrar. Eu falei:

E - Pode ir que nós entraremos depois.

A funcionária me olhou assustada e interrogativa.

Novamente falei:

~~E~~ - Pode ir, nós ficamos "numa boa".

~~F~~ - Mas eu tenho que voltar junto.

E - Então pode ir na frente que nós também vamos, só que antes vamos dar uma volta no jardim.

Todas levantamos e a funcionária saiu andando olhando para trás. Falei à Rose.

E - Vamos por aqui.

Fomos andando e falando das flores, das borboletas e árvores e chegamos até o pavilhão, foi então que Rose entrou, virou-se para mim e falou:

R - Viu como me comentei?

E - Eu sabia disso, eu confio em você e nós poderemos sair sempre.

Fiz questão de ficar sozinha com Rose, pois dentro do pavilhão ela havia se comprometido que sairia "numa boa", isto é, que se comportaria lá fora e que eu poderia confiar nela, portanto, para mim ela era responsável por seus próprios limites e a funcionária estava no passeio representando o papel de "policia", para vigiar, para impedir qualquer coisa por parte de Rose. Achei que isso não era terapêutico e quebrava a singularidade da atividade, ou seja, Rose estava fazendo algo que desejava, sem estar sendo controlada ou restringida. A sua afirmação de "viu como me comentei" mostrou-me claramente duas coisas: primeiro, quanto foi

importante o nosso acordo e segundo, a capacidade que ainda existia dentro dela de se responsabilizar por suas ações.

Ao chegar para o próximo encontro, a atendente de enfermagem veio me contar que Rose havia perguntado por mim várias vezes e que me chamava de tia. Quando entrei no pátio II, Rose veio correndo e me cumprimentou dizendo:

R - Oi, tia.

E - Oi, Rose, mas não sou tia.

R - Oi, Neiva Maria!

E - Rose, sou Maria Neiva.

R - Eu sei tia.

E - Também não sou sua tia.

R - Eu sei, vamos conversar ...

Esse diálogo mostra a realidade do processo de massificação imposta pela cultura dos hospícios: todos perdem a sua identidade própria e se tornam “doente”, “tias”, “médicos”, etc. A linguagem de Rose é característica de doentes crônicos: todos são tias, independente de sua função. Também essa passagem mostrou-me que estávamos estabelecendo um vínculo. O fato de perguntar por mim e me chamar por meu nome próprio (apesar de trocar, de invertê-lo e mudá-lo segundo a sua concepção de realidade), me caracterizava como uma pessoa à parte, do restante da equipe.

No mesmo encontro fomos para o jardim e começamos a conversar, e Rose disse:

R - Eu quero ir embora tia, trabalhar. Eu trabalho bastante, eu ajudei a tia de manhã a limpar o banheiro que estava sujo de fezes.

E - Que bom, Rose! Isso é um bom sinal, quer dizer que você está se ajudando!

R - Mas não tenho mais casa, onde eu vou morar?

E - Isso nós vamos discutir com o médico, com a assistente social e com a sua tia ou mãe.

R - Minha tia, por que minha mãe não me quer mais.

Ao passar por um banco que fica no meio do jardim eu falei:

E - Vamos sentar?

Continuamos a conversar sobre a estrutura física do hospital, das pessoas que passavam pelo jardim, num certo momento Rose perguntou:

R - Você nunca enjoa dos doentes?

E - Não Rose, por que eu gosto muito, mas muito mesmo de ajudar as pessoas que estão em dificuldade.

R - Gosta?

E - Gosto, pode acreditar em mim, eu gosto muito de estar com você, de falar com você e quero lhe ajudar.

Rose estava sentada ao meu lado, escutou quieta e atenta. Esse questionamento por parte dela, mostrou-me que o vínculo estava sendo consolidado e que entrávamos na fase do trabalho propriamente dito, pois ao falar sobre sua vontade de ir embora e da necessidade de trabalhar, estava demonstrando a busca de solução para o seu problema, bem de acordo com as exigências da realidade externa (fora da instituição), ou seja, como não tem uma estrutura familiar adequada tem que procurar sobreviver sozinha.

Sentia que Rose procurava uma saída, na medida em que as funcionárias da limpeza me contaram que ela havia pedido para trabalhar. Isso representava

uma busca, uma tentativa para sair do papel de doente incapaz de se tornar um agente criador de sua própria história.

No diálogo seguinte isso fica evidente quando Rose busca através da minha pessoa uma identificação para si, ao procurar saber como era o meu viver.

R - Você tem pai?

E - Não, não tenho.

R - E nem mãe

E - Também não.

R - Você já sofreu bastante

E - Sofri Rose, é muito duro perder pai e mãe e viver sem eles.

R - É mesmo, eu também não me conformo do meu pai ter morrido, eu não fui ao enterro dele, eu estava aqui.

Esse ponto mostrou-me que Rose procurava na minha figura referências externas, era uma busca para sentir-se um "ser" que faz parte de um coletivo, pois ambas não tínhamos pais, assim, nesse aspecto, éramos iguais.

Essa conversa com Rose foi muito gratificante para mim, pelo fato de haver colocado algo bem subjetivo: a minha dor de perda. Isso me deixava a sensação de que Rose poderia me ver como uma outra pessoa, que também sofre, que tem emoções, que tem perdas.

Sei que essa aproximação é vital quando se deseja realmente ajudar o outro, à medida que nossos encontros prosseguiam. Rose começou a me solicitar um bordado, pois nas nossas conversas surgiu o assunto sobre o que fazia antes de ficar doente. E foi contando a sua história de vida que o bordado entrou na cena. Acabei combinando que providenciaria tecido, agulha e linha para ela bordar.

Num dos nossos encontros, a atividade do bordado começa dessa maneira.

R - Você trouxe o bordado (sorrindo).

E - Trouxe.

R - Me dá aqui.

Entreguei-lhe o pano branco e os outros materiais. Ambas estávamos sentadas e Rose pegou o pano, estendeu sobre o colo e me disse:

R - > Deixe eu desenhar.

E - Então vamos sentar numa mesa, para desenhar melhor.

Ela levantou e caminhou até uma mesa. Ao chegar lá, estendeu o pano e pegou a caneta e iniciou a desenhar uma casa e desenhou outras casas próximas.

Então lhe perguntei.

E - De quem é essa casa?

R - Minha.

E - Ótimo, então vamos começar a construir a casa de Rose.

Espalhei os fios de bordar e perguntei que cor ela queria. Escolheu azul.

Coloquei fio na agulha e lhe dei.

R - Sabe tia, eu sei bordar e fazer boneca, eu trabalho bastante. Hoje ajudei a tia a limpar "merda".

E - Meu nome é Maria Neiva e fico contente de ver você bordando.

R - Eu vou dar esse trabalho para você.

E - Eu acho que você deveria ficar para você, é seu primeiro trabalho, e você pode mostrar para as outras pessoas.

R - É.

E - Temos tempo para pensar nisso, não é mesmo?

R - Temos.

R - Sabe Nivea Maria, a minha cabeça não era assim, não sei o que houve comigo, tem uma Rose aqui dentro (apontava para cabeça) que apronta, tem um lado dentro de mim que é "um inferno".

E - Eu sei Rose, eu te entendo, esse é o seu lado doente e você tem que entender por que essa Rose apronta, é nisso que quero te ajudar.

Juntas vamos buscar uma maneira de dominar essa Rose.

R - Vamos bordar lá no jardim.

E - Hoje não Rose, logo mais vai vir o almoço, outro dia poderemos ir..

R - Tá bom.

Essa parte da relação mostrava uma Rose confiando plenamente em mim a ponto de falar da sua doença e da percepção que tinha dela. Me pareceu também que o fato de estar bordando lhe colocava no papel de Rose sadia, então pode conversar e buscar um entendimento de sua doença, pois se encontrava do outro lado.

Prosseguimos nos encontrando regularmente conforme combinamos, e sempre acabávamos indo para o jardim conversar, pois dentro do pátio II, onde Rose ficava, não havia condições, já que outras doentes se aproximavam e começavam a solicitar algo ou simplesmente sentavam próximo e ficavam olhando, o que Rose não aprovava demonstrando não verbalmente (saía de perto, ia tomar água, ficava resmungando com expressão facial de zanga, voltava e sentava longe e ficava controlando com o olhar).

Então, sair ao jardim acabou virando um fato da relação e lá parecia que Rose era mais feliz, pois ria, conversava com as outras pessoas, dizia para quem lhe dava atenção:

R - Olha, eu estou passeando no jardim, eu estou aqui.

Para mim isso soava como uma afirmação: *“eu também sou gente, estou aqui fora, eu posso passear no jardim como vocês, eu estou viva”*, pois longos anos de hospitalização e uma conduta agressiva a levaram á um isolamento maior. Praticamente a rotina de sua vida se resumia em viver num espaço quadrado, de tamanho reduzido, onde as atividades eram as mesmas, dias após dias.

A cada dia que passava aumentava a iniciativa de Rose para saber mais sobre o mundo fora da instituição, queria saber mais dados sobre a minha vida com respeito a casa, filhos, marido e repetia sempre a sua preocupação de sair mas não ter para onde ir, de não ter mais casa, de sua tia não lhe querer mais.

Para ajudar Rose nesse ponto fui procurar a assistente social e ver o que poderia ser feito em relação à família de Rose e tentar um contato com a mãe ou a tia. Mas o endereço de contato que existe no seu prontuário não responde aos chamados do hospital que vem há tempos solicitando a presença de familiares. A ausência de familiares por tanto tempo é característica de doentes crônicos abandonados pela família.

No encontro seguinte cheguei às 17 horas e encontrei Rose contida por lençol de contenção, pois segundo o pessoal de enfermagem estava muito agitada. Fui até o cubículo e lhe falei que estava ali para ajudá-la.

Perguntei-lhe se poderia sentar ao seu lado e ficar conversando, ela me olhou e disse:

R - Pode.

E - Então vou buscar um banco.

Nesse momento uma outra doente saiu correndo e me trouxe um banco, sentei-me ao lado de Rose e soltei uma das correias que prendiam o seu braço, na região do pulso, segurando a sua mão. Rose começou a chorar.

Perguntei o que estava acontecendo, ela me respondeu chorando, com um tom de voz inaudível. Senti que não conseguiria conversar com ela naquela situação e disse-lhe que conversaríamos mais tarde. Por alguns minutos se mantinha aparentemente alheia, com um olhar distante chorando e rindo, alternadamente e falando frases desconexas e incompreensíveis.

Permaneci quieta sentada ao seu lado e segurando a sua mão, procurando manter as amarras dos membros inferiores e superiores frouxas pois na medida que Rose se movimentava sob o lençol, os nós feitos nas faixas de restrição ficavam mais apertados provocando uma pressão desconfortável ao doente.

As 17:45 horas veio o jantar; perguntei-lhe se queria comer e ela me respondeu que estava com fome. Fui informada que Rose não seria solta para o jantar, pois fazia muito pouco tempo que estava contida, mais ou menos uma hora. Peguei o seu prato de refeição e voltei ao cubículo. Coloquei um travesseiro embaixo da cabeça de Rose e limpei o seu rosto.

Durante o jantar Rose me disse que ainda era uma “criança”, eu lhe respondi que eu estava ali para cuidar também dessa criança e ajudá-la a crescer.

Quando acabei de dar o jantar, Rose falou:

R - Eu gosto de você.

E - Eu também e quero te ajudar, para você melhorar.

Achei importante permanecer ao lado de Rose nesse período, como forma de mostrar interesse verdadeiro em ajudá-la e mostrar a minha disponibilidade interna para aceitar não só uma Rose que borda ou que passeia no jardim, mas também a Rose que viaja nos labirintos da loucura perdidamente só, nesse processo de sofrimento. A sua afirmação: “Eu gosto de você”, para mim, significou

não só uma expressão de afeto, mas também uma representação do que a minha companhia nesse momento significava para ela.

Achei também muito importante a outra doente trazer o banco, pois nesse pátio II, só ficam as doentes com comprometimento, ou seja, crônicas e as com deficiência mental muito acentuada. Apesar disso pareceu-me que elas procuram, de alguma forma, ajudar a doente que está pior.

Nas falas das doentes, percebe-se que a contenção é vista como uma coisa muito ruim: *"Deus me livre ficar contida"* ou *"Pensei que ia morrer sufocada debaixo daquele lençol"*. Fiquei surpresa com aquele sentimento de solidariedade por parte das pessoas-doentes, que numa primeira impressão nos parecem alheias aos acontecimentos à sua volta. Durante o tempo que fiquei com Rose dentro do cubículo, duas ou três doentes permaneceram por perto, sendo que uma delas chegou a sentar na cama de Rose por algum tempo.

Demorei seis dias para voltar e ao chegar no pátio II, Rose veio correndo ao meu encontro e falou.

R - Nossa você demorou para voltar Nívea Maria!

E - É mesmo Rose, andei meio atrapalhada e não deu para vir antes. Mas meu nome é Maria Neiva.

R - Eu sei.

E - Então por que me chama de Nívea Maria?

R - Eu gosto de te chamar assim, vamos no jardim?

Essa expressão mostrava-me que Rose permanecia orientada, pois tinha noção do tempo, bem como a importância de minha pessoa; como uma forma de sair daquele pequeno espaço, na busca de outros referenciais, o jardim, a

liberdade, o desejo de viver fora, de sentir gente, pois no jardim sempre falava “eu estou aqui fora”.

Continuamos nos encontrando e falando da sua vida, do que fazia, do seu desejo de ir embora, dos seus sofrimentos onde a morte do pai sempre apareceu como um fato marcante que desperta muita dor, pois pela história que Rose conta a relação era melhor com o pai do que com a mãe.

Procurava orientar Rose no banho, com o fim de resgatar sua responsabilidade no sentido de auto cuidar-se, usando calçados, roupas adequadas, não juntar “chepas” encontradas no pátio, não comer casca das frutas que encontrasse pelo caminho. Visando com isso, uma maneira de retomar o seu lado de “ser humano”, de ser respeitado e respeitador de si, digno, que deve ser tratado de maneira a preservar a sua dignidade, de cidadão com direitos, principalmente de liberdade.

E foi dentro desse processo que durante um dos nossos encontros Rose veio correndo e falou.

R - Olha meu chinelo novo!

E - Puxa Rose, é bonito!

R - É, agora eu não preciso ficar andando de pé no chão que nem louco e nem comendo lixo.

Essa nova imagem que ela mesma procurava assumir era uma forma de buscar um outro espaço para si própria, “que nem louca” me parecia que Rose procurava fugir desse rótulo em busca de uma nova identidade.

Dentro desse espírito, ela começou a me solicitar para ir mais longe em nossos passeios. O jardim do hospital tornou-se um espaço pequeno para abraçar

as asas de sua imaginação, e ela passou a alçar vôos mais altos, a querer ir além dos muros.

R - Neiva, vamos passear no Passeio Público? (é um dos parques públicos da cidade, uma área verde com bichos, restaurante, parque de diversão, área de lazer, pista de caminhada, etc.).

E - Você está com vontade de sair do hospital?

R - É; eu nunca saio; faz um "tempão" que não vou lá fora.

E - Você tem condições de sair e aproveitar o passeio?

R - Tenho.

E - Então eu vou solicitar ao médico (isso é necessário, já que esse passeio caracteriza uma licença e pela qual o médico é responsável).

No dia marcado para o passeio, ao chegar ao pátio II, a funcionária veio me relatar que Rose, estava eufórica, rindo o tempo todo e falando toda a manhã só no passeio. Ao me ver veio ao meu encontro e falou.

R - Vamos, eu já estou pronta.

A funcionária tinha feito a higiene dela, arrumado roupas novas e pintado Rose.

Seu olhar brilhava de alegria e era todo sorriso.

Respondi.

E - Vamos, mas antes tenho que pegar a autorização para passarmos no portão.

Rose se divertiu bastante no passeio, falou de sua vida fora do hospital, do que fazia antes e de sua sensação.

R - Aqui eu me sinto outra pessoa.

Sentamos no restaurante do parque para lancharmos; isso para Rose foi mais uma festa.

R - Nossa, Neiva quanto tempo eu não sento numa mesa dessa!

E - É verdade Rose, faz muito tempo que você não sai.

R - Há, como é bom ser livre!

E - É mesmo, a liberdade é uma coisa muito gostosa.

Rose "lanchou" bem, conversou com o garçom, contou um pouco da sua história a ele, e pediu para ir no banheiro.

Conversou com outras pessoas apesar do seu jeito espalhafatoso, se mantinha integrada à realidade.

O passeio foi um marco importante dentro de nossa relação, foi um rompimento de um ciclo de doença, de isolamento, de sofrimento, de prisão.

Rose era um ser prisioneiro do seu próprio sofrimento, da sua própria luta, da sua própria loucura.

O fato de estar trancada na instituição há tanto tempo, sem nenhuma perspectiva de ver o mundo lá fora, a família que não a visita e sem nenhum objetivo de vida lhe colocam num "beco sem saída", ou melhor a única saída é a doença. Essa idéia é corroborada por Carmen DAMETTO (1981) quando fala que muitas vezes a psicose é um mecanismo usado pela pessoa para continuar sobrevivendo.

O fato de termos saído do Hospital, rompido com os limites do muro lhe colocava em outra posição: a de pessoa sadia. Isso era claro na sua fala: - "**Aqui eu sou outra pessoa**". Na volta para a instituição, perguntava quando poderíamos voltar a passear. Parece que procurava alguma maneira de não acabar com aquele espaço criado.

Nessa fase da relação dava para perceber que Rose se mantinha mais integrada, as ocorrências da agitação seguida de contenção estavam diminuindo. Antes de iniciar a relação, a média era de mais ou menos doze vezes por mês. Agora, depois de quatro meses de relação, as ocorrências são duas ou três, sendo que começou a pedir medicação antes de se agitar, isto é, temos conversado sobre uma maneira de Rose controlar a outra "Rose" que segundo suas palavras vem e entra na sua cabeça e apronta, "bagunça com tudo". Para mim a diminuição do número de crises, o pedido de ajuda antecipado, bem como a maior integração de Rose, fazem parte do processo de transformação que o relacionamento interpessoal terapêutico proporciona, pelo vínculo que criamos e por estar através disso, abrindo outros espaços de vida. Tinha certeza que minha pessoa era muito importante para ela, que minha presença na sua vida de doente significava uma possibilidade de sair de dentro do pátio, de conversar com outras pessoas, de passear fora, de viver dignamente. Isso era um fato muito forte no seu viver e o rompimento do compromisso do encontro era tido como um abandono e o sentimento associado era de raiva e desespero.

Ao assumir outros encargos no meu trabalho, faltei a dois encontros com Rose. Fiquei extremamente angustiada com isso e acabei telefonando à instituição e pedi à funcionária para avisar Rose da impossibilidade de vê-la.

Quando cheguei para o próximo encontro, depois das ausências, Rose veio ao meu encontro e falou.

R - Trouxe "coca"?

E - Boa tarde primeiro.

R - Trouxe "coca"?

E - Não vamos antes nos cumprimentar?

Apertou rapidamente minha mão e falou:

R - Você não trouxe "coca"?

E - Nós não havíamos combinado isso.

R - Então eu não quero falar com você, pode ir embora.

E - Eu não vou embora e acho melhor a gente discutir essa raiva que está de mim.

R - Eu não estou com raiva.

E - Claro que está, dá para sentir na sua forma de falar comigo, de olhar para mim.

R - Eu não quero falar com você, só quero coca-cola, vá lá e compre na cantina (nessa última frase usou um tom de ordem).

E - Eu não vou comprar, por que nós não combinamos isso, eu quero um tempo com você para explicar por que eu não vim nesses dois dias, não foi porque não quis. Vamos sentar.

Acabamos saindo do pavilhão e sentamos no jardim. Lá expliquei que estava com outros compromissos no departamento onde trabalhava, que lá também estava uma bagunça, que estava complicado e isso havia me impedido de ir vê-la, mas que o fato me deixou mal, pois sabia que não estava cumprindo o que havíamos combinado. Terminei dizendo.

E - Sei que falhei com você e peço desculpas por isso.

Ela me olhou e perguntou.

R - Mas você vai vir os outros dias?

E - Claro que vou, se não puder eu telefono avisando, você não recebeu os meus avisos.

R - Recebi.

E - Então, você entendeu: não é porque eu não quero ver você ou porque eu lhe abandonei, é porque eu não estou podendo mesmo vir aqui. Acredita, é sincero!

R - Mas você vem amanhã?

E - Venho, na parte da tarde, de manhã tenho uma reunião.

R - Tá bom.

E - Então você me desculpa?

R - Te desculpo.

Ela chegou perto de mim, segurou o meu braço e começou a falar de quando ela dava aulas para as crianças.

Nesse encontro conseguiu colocar a sua raiva de forma mais elaborada, discutindo comigo, manejando os seus sentimentos.

Senti também o que os autores que tratam de relacionamento interpessoal colocam como sendo um dos fatores de rompimento da relação, o fato de não cumprir-se o que foi combinado.

No outro dia fui ver Rose como havia combinado e cheguei no final da tarde. Ela veio me encontrar e cobrou:

R - Pensei que você não vinha mais.

E - Também se eu não viesse hoje, você não ia me olhar mais na cara
(falei isso em tom de brincadeira rindo).

Ela riu e pegou afetuosamente o meu braço e falou.

R - Vamos no jardim.

E - Vamos.

Ao sair do pavilhão e entrarmos na área do jardim, Rose virou-se para mim e disse,

R - Neiva, você já arrumou o seu departamento?

E - Um pouco, aquilo lá é muito complicado para se conseguir arrumar tudo.

Ela rindo falou.

R - Então você vai ficar louca?

Rindo respondi.

Essa! Não Rose, antes de enlouquecer eu passo o cargo para a chefe. Ela está viajando e volta na outra próxima semana.

Fiquei extremamente surpresa com a coerência de Rose, me questionando sobre os meus problemas e fazendo junto brincadeiras sobre eles.

Esse é o último mês da interação e já entramos na segunda quinzena. Rose não teve nenhuma crise até o momento; a cada relação, marcamos o encontro no calendário que fizemos juntas e que está fixado na parede do seu quarto. Nele também está marcado o último dia da relação.

No próximo encontro, ao sairmos para o jardim Rose falou.

R - Neiva, estou com uma vontade de tomar coca-cola, compre uma para mim.

Pegou no bolso uma moedinha de cinco centavos e me deu. Eu olhei a moeda e disse:

E - Esse dinheiro não é suficiente para comprar uma coca-cola.

Ela me olhou e falou.

R - Você não pode comprar uma para mim?

E - Você está com muita vontade?

R - Estou, faz muito tempo que não recebo visita.

Nessa hora senti que a coca-cola era bem mais que o conteúdo líquido, que poderia significar um conteúdo afetivo que a visita representava.

E - Claro Rose, sou tua amiga e é comum entre amigos a gente oferecer coca-cola ao outro. Vamos na cantina.

Compramos a coca, Rose tomou rapidamente e me devolveu a garrafa, agradeceu e disse.

R - Eu gosto de você, Neiva.

Nessa relação e nas subsequentes, muitas vezes, Rose pedia claramente para que cuidasse dela (pintar as unhas, verificar pediculose, arrumar o cabelo). Eram cuidados superficiais, e às vezes, sem necessidade aparente, mas para Rose era a possibilidade de ter alguém próximo cuidando exclusivamente dela, portanto ela era importante, alguém se importava com ela. Sentia que isso era básico para toda aquela transformação.

No entanto, no dia 19, Rose veio me colocar a raiva que sentia de outra doente, ao vê-la agredir outras pessoas e da vontade de bater nela. Perguntei o que tinha feito para manejar a sua raiva e ela respondeu-me que pediu a camisa de força.

Reforcei a sua conduta dizendo.

E - Que bom Rose, isso é o seu lado saudável, esse é o meio que você tem de se ajudar. Fico feliz que você tenha conseguido isso.

Dei-lhe um abraço e ficamos rindo.

Rose mudou bastante, evoluiu muito, se transformou, conseguiu ajudar-se, busca outra maneira de manejar sua raiva, se mantém integrada enfrentando a situação.

Dia 20, faltam 10 dias para terminar a relação, ao chegar no pavilhão a funcionária me falou em tom crítico.

F - Você precisava ter chegado antes para ver a "tua Rose". Está lá, querendo matar meio mundo.

E - O que aconteceu?

~~Dire~~ Ontem ela quase enforcou a funcionária M, jogou a banquetta na X e precisamos chamar os homens para amarrá-la.

~~Ela~~ Mas: o que houve, para ela se agitar tanto?

F - Nada, Rose é assim: Está boa e de repente começa a gritar e andar de um lado para outro e pronto, fica louca. Parece outra, não sente nada, não adianta falar.

E - E agora onde ela está?

F - Está trancada no quarto, não dá para soltar, ela está prometendo pegar a Y. Não dá para vacilar, ninguém consegue segurar a Rose.

Procurei ler a ocorrência de enfermagem para ver se havia um motivo aparente para agitação de Rose, mas nas anotações só havia o registro da "agitação e contenção" sem alusão ao fato causador. Tinha passado a noite e parte da manhã amarrada, no período da tarde havia sido medicada (3 amplictil e 1 fenergan) e ficou trancada no quarto.

Fui para o pátio e pedi para funcionária abrir a porta do quarto para entrar, ela me olhou assustada e falou.

F - Você vai entrar aí?

E - Vou, mas antes vou falar com a Rose.

F - Se eu fosse você não entraria, ela está super agressiva.

E - Acho que não tem problema, eu vou antes falar com ela.

Cheguei perto da porta e chamei Rose, ela veio perto da porta e falou.

R - Você veio Neiva?

E - Claro Rose, hoje é dia do nosso encontro. Posso entrar no teu quarto para falar com você?

Ela começou a chorar e não respondeu. Insisti.

~~Ela~~ Rose eu posso ir aí dentro para conversarmos?

Ela chorava muito e então pedi à funcionária para abrir a porta. Ela me olhou assustada e eu lhe disse.

E - Você abre a porta e pode fechá-la. Se ela começar a gritar ou me bater, você abre a porta. Ela começou a rir e me disse.

F - Você é louca!

E - Não, eu confio em Rose.

A funcionária abriu a porta, mas o colchão estava encostado na porta o que não permitia a sua abertura, então pedi a Rose, que estava sentada no estrado da cama, chorando, para retirar o colchão dali. Rose veio e retirou o colchão e eu entrei. A funcionária fechou a porta e acendeu a luz (Rose estava presa no escuro).

Ao chegar perto de Rose ela se encostou em mim e chorou mais forte, eu abracei a sua cabeça e fiquei em silêncio. Não sabia o que dizer, pois o ambiente era deprimente: Rose estava toda suja e com roupas rasgadas, colchão rasgado, urina por toda o quarto, com cheiro insuportável, sujeira pelo chão, cobertores molhados. Rose permaneceu encostada em mim chorando um bom tempo e depois falou.

R - Tá tudo errado!

E - O que está errado Rose?

R - Tá tudo errado, olhe o que fizeram comigo (me mostrou as marcas das injeções e do lençol de contenção nos seus braços).

E - O que aconteceu?

Ela respondeu de uma forma que não consegui entender e completou dizendo que estava com muito sono, pois não havia dormido a noite toda.

E - Você não quer me contar o que me aconteceu?

R - Não adianta Neiva, você não pode fazer nada para mim, eu estou com sono.

Comecei a arrumar o quarto de Rose, arrumei o colchão, os lençóis e o travesseiro, e pedi outro cobertor. Rose deitou-se e eu sentei ao seu lado e fiquei afagando a sua cabeça.

Ela virando-se disse.

R - Você vai cantar para mim?

E - Você quer?

R - Quero.

E - O que você quer que eu cante?

R - Maria de Nazaré.

E - Eu não sei ela inteira, vou cantar o que eu lembrar.

Fiquei um bom tempo cantando e Rose permaneceu quieta, às vezes falava algo que eu não entendia, pedia para ela repetir mas não o fazia. Ao chegar a hora de ir embora falei:

E - Rose está na hora de ir, na segunda-feira eu volto.

R - Você vem mesmo?

E - Claro que venho.

Ao acabar esse encontro o sentimento que me dominava era arrasador, pois sabia que Rose estava sofrendo com o final de nossa relação e a conseqüente separação.

Na segunda-feira, ao ler as ocorrências elas traziam as agressões de Rose no final de semana, seguida de contenção. Encontrei Rose trancada no quarto, toda suja e semi-nua, levei-a para o banho e demos uma volta rápida pelo jardim, conversamos pouco pois Rose me solicitava coisas fora do nosso combinado. Quando eu negava, ela respondia com agressão verbal e saía de perto.

A expressão de raiva de Rose era evidente através do tom de voz, da linguagem usada, expressão facial, entre outras.

Após eu me despedir de Rose fui conversar com uma funcionária para tentar entender melhor os fatos, isto é, o que havia acontecido para Rose estar agredindo dessa forma. E foi onde a funcionária me colocou que no dia da primeira agressão Rose havia rasgado o calendário, jogando no chão e falado: *"Agora a Neiva não vem mais, eu vou ficar louca mesmo. Ninguém se importa comigo, vou morrer louca."*

Essas colocações deixam claro a dor da separação, a dor de ter que ficar só e dessa forma acabou com qualquer perspectiva de viver fora, de ter alguém que se importe com ela

Deu para perceber que o relacionamento havia criado em Rose uma esperança de viver de modo diferente, de ter um ponto de referência fora do hospital, isto é, alguém que gostasse dela e para o qual ela era uma pessoa importante.

Frente a isso e dentro de um compromisso ético, decidi que o relacionamento não poderia acabar no final do mês, mas que deveria continuar de uma outra forma. Essa seria uma proposta que colocaria para Rose.

Ao chegar para outro relacionamento Rose veio no portão que é de grade e antes que eu o abrisse ela falou:

R - Trouxe coca-cola e sanduíche?

E - Não, Rose eu não trouxe.

R - Você não vai me dar nada?

E - Vou te dar a minha companhia.

R - Dá tua companhia estou "de saco cheio". Pode ir embora (virando-se foi embora).

Logo após voltou, pediu desculpas e falou que eu poderia ficar. Aproveitei o momento e falei com Rose sobre a raiva que ela estava sentindo pelo relacionamento acabar. Então Rose colocou:

R - Você vai embora, todos vão embora, minha mãe me abandonou, minha tia não me quer, minha irmã brigou comigo, eu não tenho nada, eu não tenho nada.

E - Mas você tem a mim, sou sua amiga.

R - Mas você vai embora.

E - Nós só vamos parar de nos encontrar nos dias combinados, mas nossa amizade vai continuar, eu vou ser a tua visita, se você quiser.

R - Você ainda vai vir me ver?

E - É claro que eu vou. Eu gosto de você.

A alegria de Rose era evidente, tinha um sorriso grande nos lábios, ela se aproximou de mim e me abraçou. Retribuí o abraço e aquele gesto para mim

significava o fim do relacionamento, era a despedida. Só que não era um fim, mas um começo. Não consegui acabar o relacionamento, não sei se foi por Rose ou se foi por mim mesma.

O nosso próximo encontro, que será o último da série foi no dia da visita. Cheguei no pavilhão e esperei Rose na sala de visita. A funcionária foi chamar Rose, e ao dizer que ela tinha visita a mesma colocou:

R - Já sei, é a Neiva.

E - Veio até mim sorrindo, muito feliz e falou:

R - Você veio mesmo!

E - Eu lhe prometi, não prometi?

Fomos até o jardim e sentamos em um banco onde Rose comeu um lanche que eu havia levado. Passeamos um pouco pelo jardim e começamos a voltar para o pavilhão. Durante a volta Rose falou:

R - Sabe, Dra. Neiva, os médicos têm muito amor pelos doentes, não é mesmo?

E - É alguns tem, e as enfermeiras também tem.

R - Por que eles têm amor pelos doentes?

E - Porque o amor faz as pessoas se sentirem bem, é bom para a alma das pessoas.

R - O amor, cura a gente.

E - É mesmo Rose, o amor cura todo mundo.

Ao chegarmos no pavilhão, Rose parou na minha frente, me abraçou e disse:

R - Eu gosto muito de você, Dra. Neiva.

E - Enfermeira Neiva. Eu também tenho um amor **bem grande**, aqui dentro do meu coração por você.

Nos abraçamos e nos despedimos. Sai do pavilhão com a alma leve e um sorriso de pura felicidade. Foi uma linda declaração de amor e mais uma vez ficou claro: sentir-se amado é uma **necessidade vital**.

VII O FATO VISTO SOBRE OUTRO FOCO - REFLEXÕES (IN)CONCLUSIVAS

Último dia, fim de encontro, encerramento do relacionamento. As direções apontadas e estipuladas, tanto na teoria como nos objetivos iniciais do trabalho, mostram fatos concretos, passos precisos e determinados.

A realidade porém é outra. O caminhar no dia-a-dia, não vai se fechando, nada se encerra, e o que vejo no final da travessia não é um sinal de "fim de estrada", "stop" ou mesmo "rua sem saída". Ao contrário, o amanhã é mais bonito, mais rico e muito mais interessante do que imaginava.

A paisagem que tenho pela frente superou qualquer expectativa e novamente me encontro, com o coração a bater rapidamente e com uma sensação que invade todo o meu ser.

O caminhar foi tão prazeroso, que nem me dei conta do espaço imenso percorrido. A relação foi tão intensa e significativa, que no fim do percurso a vontade era de não ficar por ali, mas sim, prosseguir mais, ir além.

Era a emoção impulsionando os sonhos! Mas é preciso parar. Para pensar e refletir. Rever a trajetória e fazer o seu registro, para não se perder nada. Nessa hora mais do que nunca, volta-se o foco inicial, o sonho acalentado - os objetivos do estudo: desenvolver uma relação interpessoal terapêutica com o doente mental e fazer dessa experiência, desse aprendizado um mecanismo de transformação dentro da assistência de enfermagem psiquiátrica.

Os momentos vividos junto com Anne e Rose e as suas falas me mostraram que havia conseguido mudanças no comportamento delas, que o amadurecimento positivo havia ocorrido e que as transformações eram notadas por outras pessoas

além de mim. A relação, portanto havia sido estabelecida e criado espaço para essas transformações.

A relação com as duas doentes levou-me a novos questionamentos, na medida que fatos iam transcorrendo e conseqüentemente a novas reflexões e indagações.

Após cada relação com Anne e Rose, no momento em que parava para transcrever o ocorrido, começava a refletir sobre os fatos: questões e questões, iam surgindo no horizonte. Até parecia uma brincadeira de esconde-esconde, eu encontrava o que procurava ou melhor o que estava me propondo com o relacionamento, mas ao mesmo tempo eu descobria que outras questões iam se configurando.

Era um exercício dinâmico, rico e motivador.

O cotidiano vivido lado a lado mostrava fatos como: uma comunicação mais coerente com Anne, maior proximidade comigo e relacionamento melhor dela com o grupo de doentes, entre outras. Bem como uma Rose mais integrada que havia diminuído significativamente as suas crises de agitação.

Uma das hipóteses levantadas para respaldar as transformações ocorridas é o valor que o relacionamento interpessoal terapêutico tem para a doente, quando ele é realmente efetivo. A efetividade só é possível se a proximidade da relação for suficiente para se formar um vínculo entre enfermeira e doente, e esta (a enfermeira) tornar-se uma pessoa significativa para o doente.

Essa conotação afetiva dentro da relação, sempre foi para mim um fator extremamente forte. Acredito que o afeto que demonstro na relação é que me torna ou que me faz significativa para o doente.

Penso que é a maneira como eu percebo, como trato o meu doente. São as atitudes que ficam claras através da coerência entre minha comunicação verbal e não verbal, meu comportamento, e a disponibilidade que tenho para compreender o outro que me fazem diferente, é a minha "atitude de congruência" na linguagem Rogeriana. (ROGERS, 1961)

Foi junto às conceituações teóricas de ROGERS (1977), assimiladas durante o meu curso de especialização e depois com base na minha experiência, no conhecimento teórico e revisão da literatura para construir alguns dos conceitos que estruturam o referencial teórico desse trabalho que vislumbrei os achados para as minhas inquietações.

ROGERS (1991) tem na terapia centrada no cliente sua base de ação. A partir de anos de experiência, ele formulou sua teoria, que tem como hipótese de trabalho, a própria condição do ser pessoa, ou seja:

- há uma tendência nas pessoas a um crescimento positivo, a uma maturação;
- há uma tendência na pessoa de integração da personalidade.

Ele defende nos seus conceitos que, quando uma pessoa encontra outra que lhe ajuda verdadeiramente, cria-se uma atmosfera de apreço, de confiança e de aceitação, proporcionando a ela condições para lançar mão de mecanismos internos que lhe dão maior autonomia. *"O cliente deve encontrar no orientador uma pessoa autêntica que apenas vá tentar compreendê-lo"*. Na experiência terapêutica, a pessoa percebe as próprias atitudes, confusões, ambivalências, sentimentos e percepções, com menor grau de ansiedade e vê a si próprio mais objetivamente. Isso prepara o caminho para a aceitação dele mesmo e de todos os elementos presentes na relação que podem ser percebidos mais claramente, e ainda favorecer

a reorganização e o funcionamento mais integrado de sua pessoa. Assim conclui-se que tanto terapeuta como doente, ao sair da experiência, estarão mais fortalecidos.

Para que isso ocorra, o terapeuta precisa ter condições internas de deixar que o processo se desenvolva na direção tomada pelo indivíduo, isto é, ele trabalha com a hipótese, como já falei anteriormente, de que o indivíduo tem capacidade suficiente para lidar de forma construtiva com todos os aspectos de sua vida, que possam potencialmente alcançar a percepção consciente. Para tanto a relação terapeuta-indivíduo, tem que se desenvolver de tal maneira que crie um clima para ocorrerem tais transformações. ROGERS (1961) cita como fatores importantes para criar esse clima o que segue: 1) a orientação de atitude; e 2) a filosofia de relações humanas.

Quanto as atitudes que ele enfatiza nos seus livros e que podem ajudar a criar esse clima, essa atmosfera, onde se desenvolve a terapia são as seguintes (ROGERS, 1981 e 1977):

1. um profundo respeito pelo indivíduo, junto com isso vem um interesse verdadeiro por ele como pessoa;
2. uma aceitação total do indivíduo com suas limitações e sua capacidade de se relacionar consigo e com os outros;
3. uma confiança verdadeira no indivíduo, como alguém capaz de estabelecer uma relação significativa e transformadora.

Essas atitudes devem ser impregnadas de muito calor humano pela parte do orientador, para que na medida que se desenvolve a relação esse calor humano possa se transformar em simpatia ou uma afeição profunda. Isso criará a atmosfera onde as transformações podem ocorrer. Porém é necessário, como afirmei acima, que o orientador seja o que realmente é, autêntico sem fachada ou máscara.

Resumidamente ROGERS (1961), formulou três pontos básicos de sua teoria com relação as atitudes do orientador, que ele denomina de condições básicas. A primeira é a **congruência**, ou seja, a capacidade do orientador de exprimir abertamente os sentimentos e atitudes no momento que ocorrem, isto é, uma correspondência mais adequada entre a experiência e a consciência. A segunda é a **consideração positiva incondicional**, é a condição que tem o orientador de aceitar o paciente como ele é, com os sentimentos, suas capacidades e suas limitações, aceitando qualquer caminho (adequado), que o paciente tomar, mesmo que não seja o esperado por ele. Nas palavras de ROGERS (1961), isso seria um sentimento positivo que se exterioriza sem reservas e sem apreciações. Quanto mais o orientador assume essa atitude mais a terapia tem probabilidade de obter resultados positivos.

A terceira condição seria a **compreensão empática**, isto é, a sensibilidade que o orientador deve ter de perceber e identificar as reações e os sentimentos que o indivíduo está vivendo, experienciando naquele momento. ROGERS (1977), coloca como a capacidade do indivíduo de aprendê-los "de dentro", tal como o indivíduo os vê, e consegue comunicar com êxito alguma coisa dessa compreensão ao indivíduo.

Para reforçar as colocações acima faço minhas, as palavras de ROGERS (1977) *"Quando o terapeuta é capaz de apreender momento a momento a experiência que ocorre no mundo interior do doente, como este sente e o vê, sem que a sua própria identidade se dissolva nesse processo de empatia, então pode dar-se a transformação;"* que é resultado do caminhar juntos rumo ao amadurecimento, como afirmou PEPLAU (1952).

Ele também sustenta em seu trabalho que um indivíduo ao encontrar uma outra pessoa que reúna essas três condições, ele pode se modificar se transformar positivamente, porque as relações terapêuticas estabelecidas a parte desses parâmetros, proporcionam atitudes no indivíduo que o levam a uma melhor compreensão de si e conseqüentemente a uma melhor auto e hetero aceitação, ocasionando uma transformação.

ROGERS (1961 e 1977), afirmou que o indivíduo ao encontrar outra pessoa que lhe ouve e aceita seus sentimentos, ele começa pouco a pouco a tornar-se capaz de ouvir a si mesmo. Começa a perceber o que ocorre com ele, a perceber-se como pessoa. A medida que começa a perceber-se torna-se capaz de verbalizar e a atender, aos sentimentos que sempre negou e reprimiu.

Na medida que vai se colocando e encontra no orientador uma atitude de congruência e aceitação, ele vai lentamente tendo uma atitude idêntica para si próprio. Então vão ocorrendo as transformações, onde o indivíduo vai tendo mais consciência de si, aceitando-se melhor e adotando uma atitude menos defensiva e mais aberta, descobrindo que é livre para modificar-se e para crescer nas direções que ele determinar, saindo de uma posição rígida que se caracteriza pelo isolamento e pela impessoalidade do funcionamento, caminhando para a realidade e proximidade das relações.

Retornando a travessia feita com Anne e Rose percebi que é possível fazer algo pelo doente rotulado de crônico, trazê-los e mantê-los na realidade do mundo que já o esqueceu, mas que ele é capaz de reencontrar e de vibrar ao perceber que ele ainda existe.

Não tenho a petulância de encarar a relação interpessoal como uma fórmula mágica, para recuperar crônicos e tratar doentes mentais para que não haja a cronificação.

Sei que este não é o primeiro estudo a respeito da relação interpessoal terapêutica em enfermagem psiquiátrica, mas este estudo emergiu da minha prática. Comprovei que é possível através das teorias que respaldam esse estudo, ajudar ao doente mental crônico a descobrir outras formas de se relacionar, a vislumbrar uma nova perspectiva de vida.

Será que realmente o necessário é a desestitucionalização, o fechamento dos hospitais? ou?

Não seria mais honesto, mais digno, dar àqueles que necessitam de internação, não só pela sua doença psiquiátrica multicausal, como pelo fato da família não saber mais o que fazer, uma assistência humanizada, com afeto, empatia envolvimento, interesse, disponibilidade e outros?

Não seria mais coerente dar condições a própria comunidade de ajudar esse doente ou essa família provendo as suas necessidades?

Não seria mais efetivo que os órgãos de classe se unissem para cobrar realmente a reforma psiquiátrica?

Não seria mais efetivo que as Escolas de Enfermagem se preocupassem em instrumentalizar o grande contingente de enfermagem, que atuam nos hospitais psiquiátricos?

Não seria mais...?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BARROS, L.F. Memórias do delírio : confissões de um esquizofrênico. Rio de Janeiro : Imago, 1992.
- 2 BELMONTE e col. Ensinando e aprendendo sobre esquizofrenia : um programa educacional da Associação Mundial de Psiquiatria. ABP, 1994.
- 3 BOWLBY, John. Formação e rompimento dos laços afetivos. São Paulo : Martins Fontes, 1982.
- 4 BUBER, M. Eu e tu. São Paulo : Cortez & Moraes, 1977.
- 5 CAMPEDELLI, Maria C. e col. Processo de enfermagem na prática. Ed. Ática, 1989.
- 6 CARDELLA, Beatriz Helena Paranhos. O amor na relação terapêutica : uma visão gestáltica. São Paulo : Summus Editorial, 1994.
- 7 CORDIOLI, Aristides Volpato (org.). Psicoterapias abordagens atuais. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
- 8 DAMETTO, Carmem. Personalidade psicótica e psicose. Rio de Janeiro : Cooperativa de Profissionais de Imprensa, 1981.
- 9 DANIEL, L.F. A enfermagem planejada. 2.ed. São Paulo : Cortez e Moraes, 1979.
- 10 _____. Atitudes interpessoais em enfermagem. São Paulo : EPU, 1983.
- 11 DSM-IV™ : Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. de BATISTA, Dayse. 4.ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
- 12 ENSINANDO e aprendendo sobre esquizofrenia : um programa educacional WPA. [S.l. : s.n.], [s.d.]
- 13 FOUCAULT, M. Doença mental e psicologia. 4.ed. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1993.
- 14 FRAGA, Maria de Nazaré de O. A prática de enfermagem psiquiátrica : subordinação e resistência. São Paulo : Cortez, 1993.
- 15 FROMM, E. A arte de amar. Belo Horizonte : Itatiaia, 1990.
- 16 GOFFMAN, Erving. Manicômio, prisões e conventos. 4.ed. São Paulo : Perspectiva, 1992.

- 17 HYCNER, Richard. De pessoa a pessoa : psicoterapia dialógica. São Paulo : Summus, 1995.
- 18 IRVING, Susam, R.N., M.S. Enfermagem psiquiátrica básica. Rio de Janeiro : Interamericana, 1979.
- 19 JOEL, Lucille A. & COLLINS, Doris L. Psychiatric nursing : theory and application. New York : McGraw-Hill, 1978.
- 20 LUDKE, Mengre e ANDRÉ, Marli E.D.A. Pesquisa em educação : abordagens qualitativas. São Paulo : EPU, 1986.
- 21 MASLOW, A.H. A theory of human motivation. Motivation and personality. 2.ed. New York : Harper e Row, 1970. p.35-38.
- 22 MAYEROFF, M. A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo. Rio de Janeiro : Record, 1971.
- 23 MENDES, Isabel A.C. Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem. São Paulo : Sarvier, 1994.
- 24 MOFFATT, A. Terapia de crise : teoria temporal do psiquismo. São Paulo : Cortez, 1987.
- 25 ORLANDO, Ida Jean. O relacionamento dinâmico enfermeiro/paciente. São Paulo : EPU, 1978.
- 26 ORGANIZAÇÃO Pan Americana pela Salud/OMS. A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina : uma nova política para os serviços de saúde mental. Washington : OPAS/OMS, 1983. (mimeogr.)
- 27 _____. Declaração de Caracas. In: Conferência sobre reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina. Caracas, 1990. 3 p.
- 28 PAIM, Isaías. Tratado de clínica psiquiátrica. São Paulo : EPU, 1991.
- 29 PEPLAU, Hildegard E. Interpersonal relations in nursing. Hong Kong : MacMillan Education, 1988.
- 30 ROGERS, Carl R. Tornar-se pessoa. São Paulo : Martins Fontes, 1961.
- 31 ROGERS, Carl R. & ROSEMBERG, Rachel. A pessoa como centro. São Paulo : EPU, 1977.
- 32 SANTOS, Antonio M; ROGERS, Carl; CONSTANÇA, Maria. Quando fala o coração. Porto Alegre : Artes Médicas, 1987.
- 33 SIDEKIM, A. A intersubjetividade em Martin Buber. Porto Alegre : EST/UCS, 1979.

- 34 STEFANELLI, M.C. Relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente. Revista Esc. Enf., USP, São Paulo, v.17, n.1, p.39-45, 1983.
- 35 _____. Comunicação com o paciente : teoria e ensino. São Paulo : Robe Editorial, 1993.
- 36 _____. Apoio como medida terapêutica no relacionamento enfermeira-paciente. Revista Esc. Enf., USP, São Paulo, v.15, n.1, p.43-48, 1981.
- 37 STEFANELLI, M.C. & VARANTES, E.C. Descrição das manifestações de comportamento apresentadas por pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, n.28, p.9-21, 1975.
- 38 SUNDEEN *et. al.* Nurse:cliente interation implementing. 4.ed. New York, 1989.
- 39 TAYLOR, C. M. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness. 13.ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.
- 40 PEDUZZI, M. Caminhos e Descaminhos da Enfermagem Psiquiátrica. In, III ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL; II ENCONTRO DE ENFERMEIROS PSIQUIÁTRICOS (1990 : Ribeirão Preto). Anais. São Paulo : Ed. Lorenzato, 1991.
- 41 TRAVELBEE, J. Intervencion em enfermeria psiquiátrica. Cali : Carvajal, 1969.
- 42 TRIVINOS, A.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais : a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo : Atlas, 1987.
- 43 UCHOA, Darcy de Mendonça. Conceitos de psiquiatria. Rio de Janeiro : Imago, 1973.