

EVANIR PARCIANELLO MELO

**ESTRATÉGIAS PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
SAÚDE MENTAL AOS DEPRESSIVOS E ALCOOLISTAS,
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS, SC

Julho/2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

**ESTRATÉGIAS PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
SAÚDE MENTAL AOS DEPRESSIVOS E ALCOOLISTAS,
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

EVANIR PARCIANELLO MELO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

ORIENTADORA: Dr^a Lúcia Takase Gonsalves

Florianópolis, julho de 2002.

Florianópolis, 29 de julho de 2002

**ESTRATÉGIAS PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
SAÚDE MENTAL AOS DEPRESSIVOS E ALCOOLISTAS,
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

EVANIR PARCIANELLO MELO

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de

Mestre em Enfermagem

E aprovada em sua forma final, em 29 de julho de 2002, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dr^a Flávia Regina de Souza Ramos
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a Lúcia Takase Gonsalves
Presidente

Dr^a Maria Tereza Leopardi
Membro

Dr. Jonas Spricigo
Membro

Dr^a Miriam S. Borenstein
Suplente

AGRADECIMENTOS

Ao Centro Universitário Franciscano, pela oportunidade.

À Dr^a Lúcia Takase Gonsalves, pela paciência.

À Dr^a Maria Tereza Leopardi, pela confiança e apoio recebido e, principalmente, pelo exemplo profissional.

Às colegas do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano, companheiras dessa caminhada.

Às colegas que participaram do grupo, pelo convívio.

Aos meus alunos, amigos e familiares, principalmente aos meus filhos que, sendo próximos, conviveram em muitos momentos, com a minha ansiedade e impaciência, demonstrando sempre carinho e compreensão.

ESTRATÉGIAS PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
SAÚDE MENTAL AOS DEPRESSIVOS E ALCOOLISTAS,
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

RESUMO

Este trabalho apresenta uma busca de estratégias para o atendimento de pacientes alcoolistas e depressivos nas unidades básicas de saúde. A proposta fundamenta-se na aplicação de um marco conceitual que foi elaborado a partir da Teoria Interacionista de Joyce Travelbee e por meio das cinco fases, busca-se estabelecer uma relação terapêutica, compreendida como o próprio processo de enfermagem. O trabalho realizado visou através da interação enfermeira-pacientes-familiares estabelecer uma relação de ajuda com o propósito de promover o vínculo pessoal por meio de relações efetivas com o objetivo de oferecer ajuda a partir da criação de espaços terapêuticos e educativos, oportunizando, sempre que necessário, encaminhamentos que possibilitem a recuperação. A proposta da assistência de enfermagem em Saúde Mental aos alcoolistas, depressivos e familiares de uma unidade básica de saúde, justifica-se por vir ao encontro de uma necessidade premente na rede básica a qual não possui uma sistematização dessa assistência. O estudo apresentado sugere uma boa formação ao enfermeiro, permitindo um cuidado humanizado, ampliando a visão para além das necessidades biológicas, as necessidades emocionais e espirituais do ser humano, portanto percebendo o significado do sofrimento.

STRATEGIES FOR THE NURSING ASSISTANCE IN MENTAL HEALTH TO ALCOHOLIC AND DEPRESSIVE IN A BASIC HEALTH UNIT

ABSTRACT

This work presents a strategy search for the service of alcoholic and depressive patient in the basic health units. The proposal is stated in the application of a concept mark that has been developed after The Interaction Theory by Joyce Travelbee and through five different phases, it is searched to establish a therapeutic relation, understood like the nursing process itself. The work carried out aimed to establish a help relation through the nurse-patients interaction with the purpose of personal bond through effective relations with the objective of offering help from the creation of therapeutic and education areas, giving the opportunity, whenever necessary, of directions that make possible the recovery. The proposal of the nursing assistance in Mental Health to alcoholic, depressive and their families in a basic health unit, it is justified for coming against the pressing necessity in the basic units to which does not possess a systemization of this assistance. The study presented suggests a good formation to the nurse, allowing a more human care, broadening their view beyond the biological necessity, and the emotional and spiritual necessities of the human being, thus noticing the meaning of the suffering.

ESTRATEGIAS PARA LA ASISTENCIA DE ENFERMAGEN EN SALUD
MENTAL A LOS DEPRESIVOS Y ALCOHOLICOS EN UNA UNIDAD
BASICA DE SALUD

RESUMEN

Este trabajo presenta una busca de estrategias para el entendimiento de pacientes alcohólicos y depresivos en las unidades básicas de salud. La propuesta se fundamenta en la aplicación de un marco concéptual que fue elaborado a partir de la Teoría Interacionista de Joice Travelbee y por medio de las cinco etapas, se busca establecer una relación terapéutica, comprendida con el propio proceso de enfermagen. El trabajo realizado visó por medio de la interacción enfermera-pacientes-familiares establecer una relación de ayuda con el propósito de promover el vínculo personal por medio de relaciones efectivas con el objetivo de ofrecer ayuda a partir de la creación de espacios terapéuticos y educativos, oportunizando, siempre que necesario, encaminamientos que posibiliten la recuperación. La propuesta de la asistencia de enfermagen en Salud Mental a los alcohólicos, depresivos y familiares de una unidad básica de salud, se justifica por venir al encuentro de una necesidad que urge en la red básica la cual no posee una sistematización de esa asistencia. El estudio presentado sugiere una buena formación al enfermero, permitiendo un cuidado humanizado, ampliando la visión para mas allá de las necesidades biológicas, las necesidades emocionales y espirituales del ser humano, por lo tanto comprendiendo el significado del sufrimiento.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| LISTA DE APÊNDICES | ix |
| LISTA DE ANEXOS | x |
| 1 INTRODUÇÃO | 1 |
| 1.1 Objetivos | 4 |
| 2 MARCO CONCEITUAL | 6 |
| 2.1 Síntese da Teoria | 10 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA | 15 |
| 3.1 Legislação vigente em Saúde Mental | 15 |
| 3.2 Distúrbios mais comuns na Saúde Mental | 19 |
| 3.2.1 Alcoolismo | 19 |
| 3.2.2 Depressão | 28 |
| 4 METODOLOGIA | 38 |
| 4.1 Contexto do estudo | 38 |
| 4.2 Período do estudo | 39 |
| 4.3 Participantes | 39 |
| 4.4 Sistemática dos encontros terapêuticos | 40 |
| 5 APLICAÇÃO DA PROPOSTA DE JOYCE TRAVELBEE | 44 |
| 5.1 Relatos dos encontros | 46 |
| 5.1.1 Encontro com Joana | 47 |
| 5.1.2 Encontro com Marta | 53 |
| 5.1.3 Encontro com Lúcia | 56 |
| 5.1.4 Encontro com Sílvia, familiar de Lúcia | 58 |
| 5.1.5 Encontro com Fátima | 60 |
| 5.1.6 Encontro com João | 66 |
| 5.1.7 Encontro com Jorge | 67 |
| 5.1.8 Encontro com o familiar de Jorge | 69 |

| | |
|---|----|
| 6 AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DA ESTRATÉGIA | 71 |
| 6.1 Criação de um ambiente próprio para a consulta de enfermagem | 73 |
| 6.2 Capacitação profissional | 74 |
| 6.3 Sensibilização do profissional para possibilitar que o paciente realize um vínculo com o serviço | 74 |
| 6.4 Capacitação para aprender a ouvir terapêuticamente | 75 |
| 6.5 Criar espaços para a participação da família | 75 |
| 6.6 Estímulo e sensibilização para a mudança | 75 |
| 6.7 Reflexão com os gestores sobre a importância das mudanças preconiza- das | 76 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 77 |
| 7.1 Da experiência com Travelbee | 78 |
| 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 80 |
| 9 APÊNDICES | 83 |
| 10 ANEXOS | 88 |

LISTA DE APÊNDICES

| | |
|--|----|
| APÊNDICE A – Instrumento para avaliação inicial | 84 |
| APÊNDICE B – Exame do estado mental, segundo Travelbee | 86 |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| ANEXO A – Prontuário para relato das consultas | 89 |
|--|----|

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto de uma grande ansiedade que acompanha minha trajetória profissional como docente, como enfermeira assistencial e como usuária do sistema de saúde. O cuidado de enfermagem prestado a pessoas em sofrimento psíquico, como os depressivos e os alcoolistas, só acontece quando estas procuram as instituições de saúde. O acolhimento, a escuta, o responsabilizar-se pela trajetória dessas pessoas, o plano de cuidados individualizado e a inserção da família neste plano, constituem-se numa proposta de cumprimento da política pública de saúde mental atual, o que dá a oportunidade ao enfermeiro de adotá-la em sua prática cotidiana.

Por que destaco apenas a Depressão e o Alcoolismo, quando existe um conjunto significativo de outros distúrbios? Esta escolha surgiu quando observei a grande frequência de procura por atendimento, tanto de pacientes como de seus familiares, no serviço público.

Esta prática passou, então, a fazer parte da minha vida profissional como enfermeira de Unidade de Saúde e percebi que esse meu novo modo de assistência, dirigida à pessoa do paciente e de familiares e não a uma patologia, caracterizava uma estratégia acertada de humanização na assistência de pacientes depressivos e alcoolistas e de seus respectivos familiares.

O relacionamento interpessoal deve ser considerado como um instrumento poderoso para o desenvolvimento do trabalho da enfermagem. Uma das características deste relacionamento é de que tanto o paciente e sua família, quanto

o enfermeiro, empenham-se em promover ou provocar mudanças com seus comportamentos.

Rogers (1991) enfatiza a incondicional aceitação como uma atitude não julgadora neste relacionamento interpessoal. Aceitar não quer dizer “ele ou ela” é assim e nada se pode fazer, mas, sim, criar condições para que todos os envolvidos nesta relação se mobilizem na busca de soluções.

Dessa forma, a equipe de saúde tem o compromisso de desenvolver ações que ajudem a sociedade a alcançar um bom nível de saúde e a condição necessária para que o enfermeiro cumpra seu papel social e político. Desenvolver práticas educativas, identificar grupos de risco e determinar os graus da saúde, são fatores importantes na atenção à saúde integral, garantindo a valorização do papel de educador do profissional de enfermagem.

Nesse sentido, Travelbee (1979) nos mostra que o enfermeiro é preparado para ser capaz de fornecer a assistência que o paciente está necessitando, pois tem um corpo de conhecimento especializado e capacidade de utilizá-lo. A relação pessoa-pessoa, preconizada por ela, na atenção de enfermagem, ocorre com o objetivo de ajudar o indivíduo ou família a enfrentar e compreender a experiência da dor e sofrimento pela qual está passando.

Uma das preocupações que me levaram a centrar meu esforço, na construção de uma metodologia de Assistência de Enfermagem para a área de Saúde Mental, é em razão do estigma e o preconceito contra as pessoas depressivas e alcoolistas, que os impedem, com frequência, de buscar serviços e oportunidades necessárias para o tratamento. Diante disso, reforçou-se o meu interesse em desenvolver estratégias que estabeleçam relações interpessoais centradas nas pessoas com as quais interagimos no dia-a-dia.

O cliente pode ser uma pessoa, uma família, um grupo, uma organização ou uma comunidade, e as ações da enfermagem podem propiciar um processo interpessoal que promova e mantenha comportamentos saudáveis de tratamento,

cuidado e controle das diferentes condições relativas à saúde mental. Dessa forma, pelas ações educativas, acredito poder contribuir para que os cidadãos possam lutar pelo seu efetivo direito ao cuidado e controle da saúde.

A proposta se concretiza por meio da assistência de enfermagem, cujo enfoque centrou-se em orientação para o autocuidado, discussões acerca dos hábitos de saúde, como ingestão de bebidas alcólicas, de automedicação, da valorização da auto-estima, entre outros. Os encontros abrangeram também uma avaliação da capacidade dos pacientes em manter um comportamento equilibrado diante das incertezas, pelo desenvolvimento e manutenção dos laços afetivos. No enfoque de integralidade, o enfermeiro deve ser proficiente na avaliação do estado cognitivo, afetivo, funcional, físico e comportamental, assim como precisa ter conhecimentos sobre os recursos da comunidade e de como ter acesso a eles, para contribuir na independência do paciente.

Para Stuart e Laraia (2001), o objetivo da assistência de enfermagem consiste em promover a independência com base nas suas capacidades funcionais, por meio de intervenções educativas. A avaliação dos resultados do atendimento de enfermagem não se baseia na inversão dos comportamentos ou na eliminação das necessidades do paciente, mas na mudança que o paciente pode demonstrar, com base nas suas capacidades individuais. Além de um atendimento individualizado a si e à sua família, o paciente beneficia-se do apoio familiar, pois os problemas geralmente são reflexos do ambiente e se pressupõe que todos os membros da família assumam a responsabilidade na continuidade da assistência.

Assim, por meio de uma operacionalização da Teoria de Joyce Travelbee, busco promover uma prática interacionista entre o enfermeiro-paciente-família, estabelecendo metas terapêuticas com pacientes e familiares.

A proposta de assistência de enfermagem em saúde mental aos alcoolistas e aos depressivos e seus familiares, de uma unidade básica de saúde, justifica-se por vir ao encontro de uma necessidade premente na rede básica, a qual não possui uma sistematização dessa assistência.

Ressalto a importância de integração efetiva nas ações coletivas de saúde, o que implica em unir o ensino ao cuidado de enfermagem à população. Trata-se de contribuir com esse cuidado para melhorar as condições de vida de um povo, que vive em um país, cujo modelo de desenvolvimento econômico e social tem se mostrado injusto e excludente. Quero lembrar aqui que o conceito abrangente de saúde, definido na Constituição Federal de 1988, deverá nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de uma prática assistencial centrada na doença e no atendimento de quem procura, para uma prática de atenção integral à saúde, na qual haja incorporação progressiva de ações de promoção e proteção, ao lado daquelas ações propriamente ditas de recuperação.

Este trabalho vem concretizar uma prática já iniciada em outra unidade de saúde, com a participação dos acadêmicos, de forma a acrescentar novos conhecimentos para um bom desempenho profissional.

1.1 Objetivos

Em decorrência da necessidade da sistematização de enfermagem em Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde, elaborei os seguintes objetivos:

a) Objetivo geral

Desenvolver estratégias para a assistência de enfermagem em Saúde Mental aos depressivos e alcoolistas, em uma unidade básica de saúde.

b) Objetivos específicos:

- aplicar o marco conceitual fundamentado nos conceitos de Joyce

Travelbee;

- criar espaços terapêuticos e educativos aos pacientes e familiares em uma unidade sanitária embasada na teoria da relação interpessoal, por meio da consulta de enfermagem;
- oportunizar encaminhamentos a outras formas terapêuticas dos pacientes portadores de depressão e alcoolismo e seus familiares, sempre que necessário.

2 MARCO CONCEITUAL

O estudo fundamentou-se na Teoria Interacionista de Joyce Travelbee (1979), na medida em que permitiu ampliar a compreensão sobre o relacionamento interpessoal, fortalecendo, nas ações de enfermagem, um cuidado humanizado, com respeito, confiança e compromisso com o outro.

Hobble e Lansinger (1994) informam que Joyce Travelbee foi enfermeira psiquiátrica, docente e escritora. Nasceu em 1926, sendo que, em 1946, concluiu seus estudos básicos de Enfermagem no Chanty Hospital-Escola de Enfermagem de Nova Orleans. Tornou-se bacharel em Ciências da Enfermagem, na Universidade Estadual de Lousiana, em 1956, realizando seu curso completo de “master” na Universidade de Yale, em 1959.

No verão de 1973, Travelbee iniciou um programa de doutorado na Universidade da Flórida, falecendo prematura e inesperadamente pouco depois, no mesmo ano. Iniciou sua carreira como professora de Enfermagem, em 1952, iniciando o curso de Enfermagem Psiquiátrica na Universidade Estadual de Lousiana, na Universidade de Nova Iorque e de Mississippi.

Em 1970, foi nomeada Diretora da Escola de Enfermagem do Hotel Dieu, em Nova Orleans. No momento de sua morte, era Diretora da educação pós-universitária da Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de Lousiana. Travelbee começou a publicar artigos em Revistas de Enfermagem em 1963. Durante sua trajetória profissional, Travelbee desenvolveu a assistência de enfermagem a pacientes psiquiátricos, a docência e também tornou-se escritora.

Publicou seu primeiro livro “Interpersonal Aspects of Nursing”, em 1966 e em 1971 reeditou-o. O segundo livro, “Travelbee’s Intervention in Psychiatric Nursing”, foi publicado em 1969.

A experiência de Travelbee durante sua formação básica em enfermagem e seus primeiros trabalhos como profissional ligada à assistência em instituições caritativas católicas influenciaram profundamente no desenvolvimento de sua teoria.

Travelbee considerava que os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes naquelas instituições careciam de compaixão, observando que a enfermeira necessitava de “uma revolução humanista – um regresso à função de cuidadora do enfermo”.

Sua teoria é o resultado das suas vivências e leituras, tendo recebido influência de Viktor Frankel e também de Ida Jean Orlando, sua instrutora na Universidade de Yale.

As semelhanças entre Travelbee e Ida Orlando se baseiam na afirmação de Travelbee de que enfermeira e paciente interagem, e também na definição do propósito da enfermeira em ajudar o indivíduo, a família e a comunidade a enfrentar a experiência da enfermidade e o sofrimento.

Na medida em que Travelbee tinha interesse em exercer o cuidado integrando conceitos e pressupostos sobre a relação pessoa-a-pessoa, como base da ação da enfermeira, sua proposta pareceu-me adequada aos meus objetivos. Sendo assim, para organizar a Assistência de Enfermagem a pessoas com problemas de Saúde Mental que buscam atendimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS), construí um marco conceitual, selecionando alguns pressupostos baseados em Travelbee (1979) e em minha experiência profissional, importantes para o estabelecimento da relação enfermeiro-paciente, os quais são apresentados a seguir.

a) “No relacionamento humano a enfermagem encontra a essência do seu trabalho” (TRAVELBEE, 1979, p. 13).

b) “A doença e o sofrimento psíquico representam conflitos espirituais, físicos e emocionais” (TRAVELBEE, 1979, p. 69).

c) “O processo de comunicação possibilita a enfermeira estabelecer um relacionamento humano e, portanto, alcançar o propósito da enfermagem” (TRAVELBEE, 1979, p. 94).

d) “Os valores éticos e espirituais da enfermeira, em relação às suas crenças filosóficas sobre a enfermidade e o sofrimento, determinarão a capacidade de ajudar os indivíduos e suas famílias a encontrarem sentido nas experiências difíceis” (TRAVELBEE, 1979, p. 55).

e) “É da responsabilidade da profissional enfermeira ajudar os indivíduos e famílias a encontrar sentido na enfermidade e no sofrimento (se for necessário)” (TRAVELBEE, 1979, p. 56).

f) É direito da família e do paciente receber informações acerca da doença, formas de tratamento e encaminhamentos, e de aprender comportamentos saudáveis no enfrentamento do sofrimento psíquico.

g) A enfermeira, como membro da equipe de saúde, tem capacidade para fornecer apoio, em momentos de dificuldades e sofrimentos, aos pacientes e familiares, que podem ser ao mesmo tempo co-dependentes e cuidadores.

Os conceitos básicos e suas relações, em Travelbee (1979), compõem o marco de referência norteador da prática assistencial realizada, e traduzem uma posição da enfermagem sobre a pessoa e a responsabilidade dos profissionais quanto ao seu cuidado. Foram referência também para o processo de implantação da sistematização da assistência de enfermagem na Unidade Básica de Saúde onde trabalho.

As definições apresentadas a seguir foram referências teóricas e éticas, pois traduzem não somente aspectos da relação profissional, mas também valores morais para sinalizar a conduta da enfermeira em sua relação com o paciente em sofrimento mental.

Ser Humano

Travelbee (1979) definiu o ser humano como indivíduo único e insubstituível. Unidos por um vínculo, o doente e sua família convivem e interagem no seu dia-a-dia, compartilhando do mesmo sofrimento.

Considerando, neste estudo, pacientes alcoolistas e depressivos, enfatizo a importância da relação interpessoal enfermeiro-paciente-família, que só acontece quando o relacionar-se torna-se uma experiência que se caracteriza por um diálogo significativo entre dois ou mais seres humanos e só poderá ser estabelecido quando cada um perceber o outro como um ser humano único.

Enfermagem

Travelbee (1979) definiu a enfermagem como um processo interpessoal pelo qual a enfermeira profissional auxilia um indivíduo, uma família ou comunidade, a prevenir ou lidar com a experiência da doença e do sofrimento, e, se necessário, encontrar um sentido para estas experiências.

A Enfermagem em Saúde Mental, tendo este mesmo princípio, tem, no entanto, como parceiro na interação uma pessoa que tem como problemas específicos relacionados à Saúde Mental.

Saúde, Enfermidade e Sofrimento Psíquico

Para Travelbee (1979), o conceito de saúde é um juízo de valor, e depende da natureza do homem, assim como da sociedade na qual ele vive; da mesma forma, define a enfermidade e o sofrimento psíquico.

A capacidade para ajudar os indivíduos, famílias e a comunidade a prevenir e enfrentar a experiência do sofrimento psíquico, depende da definição e da natureza desta enfermidade. Ela define que o estado de saúde ocorre quando a pessoa tem a capacidade de se amar e transcender a si mesmo, amar os demais, enfrentar a

realidade e encontrar um sentido para sua vida.

Deve-se considerar a premissa em que saúde não constitui somente algo que a pessoa possui e, sim, algo que a pessoa é, como demonstram certos comportamentos e atitudes.

Ambiente e Sociedade

Travelbee (1979) destaca que a concepção de saúde e doença depende da natureza do ser humano, assim como da sociedade na qual ele vive. Os seres humanos vivem em constante interação uns com os outros e com seu ambiente. Essa visão oferece um direcionamento para a avaliação do indivíduo como uma parte integral de seu sistema social, afetando e sendo afetado por ele. Isso implica em que a pessoa não pode ser avaliada quando isolada de sua família, de sua comunidade e dos grupos de referência aos quais pertence.

2.1 Síntese da Teoria

Travelbee (1979) consagrou-se ao estudo das relações de pessoa a pessoa, para construir seu método de enfermagem nas relações interpessoais. Para ela, o ser humano busca o significado para sua existência e se encontra. A enfermeira, participando deste processo, descobre o significado de sua própria existência pessoal, na medida em que ajuda o paciente e sua família a compreender a experiência que está vivenciando.

Afirma que as enfermeiras comprometidas na relação pessoa-a-pessoa compreendem o poder do vínculo pessoal e agem como facilitadoras, interessadas em ajudar os outros a se ajudarem.

Sabe-se, no entanto, que a enfermeira precisa ter capacidade para estabelecer uma relação, e que muitos fatores podem interferir; entre eles, destacamos desde

seus conhecimentos sobre a própria profissão, conhecimento científico, maiores especificidades sobre o cliente e a sua própria pessoa.

Para Travelbee (1979), a enfermeira deve ter objetivos, quando estabelece uma relação pessoa-a-pessoa, quais sejam: apoiar a pessoa doente a identificar seu problema; apoiar o doente a perceber sua participação em uma experiência; apoiar a pessoa doente a enfrentar os problemas que estão presentes; apoiar o doente a enfrentar de forma realista os problemas emergentes; apoiar o doente a discernir alternativas; apoiar o doente a experimentar novas formas de comportamento; apoiar o doente a se comunicar; apoiar o doente a se socializar; e, por último, apoiar o doente a encontrar um sentido para sua enfermidade.

Esta relação estabelece um compromisso com o outro, ou seja, o início e o término da relação, e, o mais importante, a permissão para que esta relação aconteça.

Travelbee (1979), em sua teoria, dá grande ênfase à relação humanista, enfatizando o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente com as pessoas no seu dia-a-dia. Salienta o amor como um princípio básico para realizarmos uma assistência humanizada, demonstrado por atos e gestos, e tem como princípio o amor próprio, ou seja, “se um indivíduo não se ama e se respeita a si mesmo, como pode amar e respeitar os demais?”. Seguindo, a autora diz: “a capacidade para amar-se a si mesmo precede a capacidade para amar os outros” (p. 8).

As relações interpessoais enfermeiro-paciente ocorrem constantemente durante a prática cotidiana. Segundo seus princípios, o profissional de enfermagem, para promover Saúde Mental, deve ter como premissas básicas: a capacidade para amar-se, requisito prévio para amar aos demais; a capacidade de enfrentar a realidade; ajudar as pessoas a enfrentar problemas e buscar soluções de forma realista; a capacidade de encontrar um propósito, um sentido à sua existência; ajudá-los a encontrar, na sua filosofia de vida, algo que funcione como apoio em momentos de tensão e sofrimento.

Estes aspectos podem direcionar todo o desempenho do enfermeiro. Valorizar o contato pessoal, acreditar na importância da sua intervenção, estar disponível pessoalmente e preparada profissionalmente para os contatos com quem precisa de ajuda. Estes encontros podem ser terapêuticos, mesmo quando acontecem com outras atividades técnicas específicas.

Outro fator salientado pela autora é a comunicação. Segundo ela, quando nos propomos a fazer um encontro de enfermagem com algum paciente, devemos buscar um local sem interferências, sem ruídos, colocando-nos em condição de ouvir a pessoa. Ainda que tomemos esses cuidados, podemos estar escutando o paciente, sem conseguir ouvir sua mensagem.

Face ao exposto, temos que usar a estratégia mais poderosa nas relações interpessoais: ouvir. Ao abordar esta questão, Travelbee (1979) afirma que as enfermeiras devem envolver a capacidade de analisar seu padrão habitual de comunicação e a forma como recebem as mensagens, a fim de ajudar as pessoas cujos problemas podem originar-se na incapacidade de comunicar-se e estabelecer relações significativas.

A autora enfatiza a importância de a enfermeira habilitar-se para as diversas formas de comunicação, a verbal e a não verbal. Importante é que a comunicação seja compreendida por quem a emite e a recebe.

Falhas na interpretação da mensagem, segundo Travelbee (1979), devem-se ao desconhecimento do paciente, à incapacidade para identificar sinais não-verbais e à omissão da enfermeira em verificar a exatidão na interpretação das mensagens.

A compreensão dos conceitos de Travelbee são fundamentais, sendo necessário traçar objetivos claros do que se quer. A autora destaca que o propósito de enfermagem é estabelecer relações efetivas com o paciente que sofre. O enfermeiro deve procurar conhecer o máximo possível da queixa e da história da pessoa. De maneira empática, procura obter a confiança, avalia a situação apresentada e suas possibilidades de oferecer ajuda. No final, estabelece uma

proposta de novos encontros com objetivos de ajuda naquilo que pode diagnosticar como necessidades do paciente.

A autora, em seus estudos, propõe uma metodologia para o cuidado dos pacientes, que se processa de uma forma progressiva, na medida em que os encontros repetem-se. Hobbie e Lansinger (1994), em seu estudo sobre a teoria de Travelbee, classificam essa evolução em cinco etapas, assim entendidas:

1ª Etapa – Encontro Original

É o primeiro encontro que acontece entre a enfermeira e o paciente e vice-versa. Momento do reconhecimento estereotipado e da apreciação das primeiras impressões.

2ª Etapa – Identidade Emergente

Esta fase se caracteriza pelo fato de que tanto a enfermeira como o paciente começam a perceber-se mutuamente como indivíduos únicos. Início do vínculo de uma relação pessoa-pessoa.

3ª Etapa – Empatia ou Envolvimento Emocional

A característica principal desta fase destaca a capacidade de compartilhar a experiência com outra pessoa. A empatia é primordial para o estabelecimento e manutenção de uma relação. Travelbee considera que as experiências semelhantes e o desejo de compreender outras pessoas são as qualidades que reforçam o processo da empatia.

4ª Etapa – Simpatia ou Envolvimento Emocional

A simpatia consiste, por parte da enfermeira, em um desejo de aliviar o

sofrimento do paciente. A enfermeira produzirá ações de enfermagem úteis, como resultado de haver alcançado a fase de simpatia, o que o leva à utilização terapêutica da própria identidade.

5ª Etapa – Cumplicidade ou Mudança de Comportamento

Se caracteriza na medida em que ações da enfermeira aliviam o sofrimento do paciente. Paciente e enfermeira relacionam-se como pessoas humanas. O paciente deposita confiança no enfermeiro que possui conhecimentos necessários para interagir com o doente, percebendo o ser humano doente e compreendendo sua unicidade.

A Teoria de Joyce Travelbee, como metodologia, serviu de referencial na implementação da prática assistencial. Torna-se necessário ressaltar que estas fases não estão completamente delimitadas, sendo difícil identificar o início e o fim dos mesmos, mostrando, com isso, a interação existente entre elas.

Com base no desenvolvimento da interação por meio dessas cinco fases, pode-se estabelecer a relação terapêutica, aqui compreendida como o próprio processo de enfermagem.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Legislação vigente em Saúde Mental

Ao refletir sobre a assistência a saúde mental no Brasil, não podemos desvinculá-la de um contexto maior, que se refere à questão das políticas de saúde, que definem e são definidas pelo modelo de assistência à saúde vigente no país.

Ao acompanhar a trajetória das políticas de saúde, observamos que, na sua história, a saúde mental é um desafio que mexe com as formas de cuidado, adotando a não exclusão.

Em artigo publicado, a Comissão Nacional de Saúde Mental – CNSM (2001), faz um breve resgate histórico, enfocando a trajetória da política de Saúde Mental, a partir da I Conferência, realizada em 1987. Esta conferência discutiu amplamente a necessidade de superação de um modelo assistencial então denominado hospitalocêntrico, ineficaz, iatrogênico e violador dos direitos humanos.

Salienta, também, que esta conferência foi realizada no contexto dos princípios e diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde, marco histórico no campo da saúde e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1992, aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, com participação de diversos segmentos, sendo precedida por eventos fundamentais como o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, IX Conferência Nacional de Saúde e a Conferência de Caracas, realizada em 1990, que hoje é referência fundamental

para o processo de transformação, focalizando uma rede geral de serviços de saúde, de forma integral e contínua, descentralizada e participativa.

Esta conferência já pôde contar com iniciativas importantes da coordenação da política nacional de Saúde Mental, criando as seguintes portarias: Portaria 189/91, Portaria 244/92, Portaria 407/92, que reorientam os serviços de saúde. Importante destacar também o Projeto de Lei nº 3657/89, do Deputado Paulo Delgado, que enuncia transformação da regulamentação da assistência. Em síntese, a II Conferência representou um marco significativo na história recente da política de saúde mental.

Nos anos que seguiram, diversas iniciativas foram realizadas, dentre as quais a criação de novas modalidades assistenciais como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Oficinas Terapêuticas, Hospitais-dia, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, inclusão da Saúde Mental na rede básica e no Programa de Saúde da Família, criação de associações, publicação de portarias e aprovação de Leis, entre outras conquistas.

Percebe-se, a partir dessas iniciativas, um avanço significativo, mas, na prática, o modelo tradicional ainda permanece hegemônico, centralizando todos os recursos ainda na rede hospitalar.

Dias (2001) destaca que, conforme a X Conferência Nacional de Saúde (1996),

[...] as ações de atenção a saúde mental devem priorizar o atendimento interdisciplinar ao portador de sofrimento psíquico, com participação familiar nos serviços de saúde, substituindo o modelo hospitalocêntrico por atendimento em uma rede de atenção integral em saúde.

A proposta de atenção à saúde da rede de serviço é sustentada pelos princípios do SUS, da universalidade, da equidade, da acessibilidade e da integralidade.

Para Fagundes (2001), as Unidades Básicas de Saúde são espaços institucionais e comunitários importantes de efetivação da acolhida, da clínica e da vigilância à saúde, com vínculo, resolutividade, responsabilização e controle social, estratégicas na rede de atenção integral à saúde. É pela inclusão do cuidado em Saúde Mental na atenção básica que poderemos encontrar um caminho para superar o grave problema da acessibilidade em saúde mental.

Destaco, também, que o envolvimento dos trabalhadores necessita de um reconhecimento profissional compatível com seu trabalho e que o estimule, que o mantenha aderido ao projeto de transformação e aperfeiçoamento da política de saúde mental, seguindo-se de novas formas de cuidado do sofrimento, de relação dos profissionais com os usuários, familiares e comunidade e entre os próprios profissionais.

Importante destacar nas palavras de Pitta (2001), quando salienta o direito da circulação de usuários e profissionais nos diferentes níveis de intensidade do cuidado que o usuário requeira, criando novas estratégias, mais próprias do território onde o paciente vive.

Percebi, a partir da minha experiência profissional e da prática assistencial, que incorporar a saúde mental na rede básica de saúde tem uma importância fundamental, pois representa implementar ações de saúde que promovam uma vida mais saudável, diminuindo a exclusão social e ampliando os direitos de cidadania para todos. Abre-se, a partir de então, espaços que sugerem a presença da enfermeira, desta forma valorizando a capacidade profissional e descentralizando o modelo centrado apenas no médico.

Para orientar e ajudar a entender o processo de mudanças e a forma em direcionar o modo de ensinar e pensar sobre saúde, Fagundes (1993) formula um conceito de Saúde Coletiva como um processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer políticas, ciências e administrações no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo-as e substituindo-as por outras capazes de contribuir para a criação de

projetos de vida.

Percebe-se, nas palavras de Fagundes (1993), que os profissionais devem rever conceitos, espaços e conhecimentos para colocar em prática a reforma, revendo, inclusive, a própria identidade profissional.

A aprovação pela Câmara Federal da Lei nº 10.216, de 06/4/2001, (Brasil, 2001) traz o processo de reforma para um novo estágio de institucionalidade. Essas palavras são do Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Delgado (2001) destaca que, no dia 06 de abril de 2001, doze anos após ter dado entrada no Congresso, a Lei da Reforma Psiquiátrica foi sancionada pelo Presidente da República, ficando mantida a diretriz geral de reorientação do modelo de saúde pública neste setor.

Portanto, a lei já está valendo, basta que as instituições formadoras de recursos humanos se conscientizem da necessidade de formação e capacitação de profissionais sensibilizados para estabelecer vínculos com os usuários e a se responsabilizar pelo cuidado integral do mesmo, valorizando a escuta, o acompanhamento, a inclusão da família e a integração social.

Em continuidade à história da Saúde Mental, a III Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu para reforçar as decisões das conferências anteriores, tendo como tema central o eixo temático “Reorientação do Modelo Assistencial”, sendo desdobrado em quatro sub-temas fundamentais: Recursos Humanos, Acessibilidade, Direito e Cidadania, Controle Social e Financiamento.

A partir de então, destaco a importância da descentralização dos serviços em saúde mental e a importância da implantação dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, evidenciados pela Portaria 224/82.

Em âmbito local, Santa Maria mobiliza-se, mesmo que lentamente, para a criação desses serviços, a partir da criação de uma política de saúde mental, melhorando o atendimento ambulatorial, assegurando a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e discutindo a atenção nas Unidades Básicas de

Saúde.

Para finalizar, ao lembrar da importância do primeiro conceito de Saúde Mental, destaco a definição de Galli, citado por Fagundes (2001), que a define como um estado de relativo equilíbrio e integração entre os elementos constitutivos do sujeito, da cultura e dos grupos, com crises previsíveis e imprevisíveis, registradas objetiva e subjetivamente, no qual as pessoas ou os grupos participam ativamente em suas próprias mudanças e nas do contexto social.

É um conceito vigente após 15 anos, destaca Fagundes (2001), e a aplicação coerente conduz a uma contextualização permanente, identifica a individualidade de cada local, identificando e tratando as particularidades.

3.2 Distúrbios mais comuns na Saúde Mental

3.2.1 Alcoolismo

Poucos comportamentos humanos têm conseqüências de alcance tão extensos quanto aqueles do indivíduo dependente de substâncias químicas. À medida em que aumenta a dependência pela substância, aumenta o prejuízo pessoal, afetando seu próprio bem-estar físico, emocional e social, e seu comportamento, que é dependente de substância química, afeta também o bem-estar da sua família e o da sociedade em geral. Portanto, a assistência ao dependente do álcool tornou-se um fator significativo para a saúde da nação.

Taylor (1992) considera que o uso não terapêutico de substâncias que alteram a mente é tão antigo quanto a história da humanidade. O Velho Testamento relata como Noé embriagou-se com vinho e aparentemente sofreu um colapso. O Novo Testamento está repleto de alertas contra a intemperância em muitas atividades, incluindo o consumo de bebidas alcólicas, assim, presume-se que o abuso do álcool era comum já naqueles dias.

Como amplamente conhecido, o uso de substâncias psicoativas provoca claras alterações emocionais e de comportamento humanos. Sendo o álcool a mais defendida delas e de uso legalizado, é de se esperar que seja importante fator que contribui para um prejuízo nas relações interpessoais e de trabalho de maneira específica.

As pessoas continuam a utilizá-las para o alívio de estados emocionais negativos, como depressão, medo, ansiedade, fadiga, estresse, e como uma fuga das rotinas diárias, por meio de estados alterados de consciência, entretanto, todas as culturas reconhecem o uso negativo do consumo de álcool.

Qualquer droga que possa produzir alterações agradáveis nos estados mentais e emocionais tem o potencial para se tornar de uso abusivo. As drogas que causam os efeitos desejáveis mais acentuados e imediatos têm o maior potencial para o abuso. Salientamos que apesar de haver uma continuidade do uso ocasional de drogas, passando pelo uso freqüente e chegando ao abuso e à dependência, nem todas as pessoas que usam a substância abusam dela, assim como nem todas as pessoas que abusam se tornam dependentes.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV, 1994), define Abuso como uso contínuo, apesar de evidenciar problemas relacionados. O termo Dependência, relacionado ao abuso do álcool ou drogas, indica uma condição séria, geralmente considerada uma doença. Os comportamentos psicossociais relacionados com a dependência de substância são chamados de Adicção. Os sintomas de Abstinência e de Tolerância são sinais de que o indivíduo está fisicamente dependente da droga. Os sinais de abstinência resultam de uma necessidade biológica que se desenvolve quando o corpo adapta-se à presença da droga no organismo. A tolerância significa que, com o uso contínuo, uma quantidade maior de substância é necessária para a produção do mesmo efeito.

Atualmente, o conceito adotado pela OMS é o da Síndrome da Dependência do Álcool (SDA). Segundo Laranjeira e Dunn (1999), a diferença em relação aos conceitos anteriores é que a dependência deveria ser vista como uma condição que

variaria ao longo de um continuum de severidade, isto é, a dependência da droga do ponto de vista clínico e os problemas originados dessa dependência.

Uma questão de Saúde Pública a ser discutida é o valor terapêutico que é dado ao álcool na prevenção das doenças cardiovasculares. Culturalmente, percebe-se a importância com que a sociedade absorve esta informação e a repercussão que este hábito traz para a saúde da população, de forma que, ao aconselhar, não contribuam, mesmo que indiretamente, para que essas pessoas desenvolvam a dependência química.

Embora a maioria dos homens sofra um grau considerável de tensão durante suas vidas e, ocasionalmente, lance mão de alguma droga para se aliviar, apenas uma parcela relativamente pequena, porém numericamente importante, segundo Graeff (1989), tornam-se dependentes.

Fracasso e Landré (2001) destacam que, segundo a Organização Mundial de Saúde, 12% a 15% da população mundial que experimentar algum tipo de substância psicoativa, como o álcool, cigarro e outras drogas, desenvolverá dependência química ou o alcoolismo, pelo fato de desconhecer a gravidade de tais patologias. A dependência alcóolica, também considerada transtorno mental, atinge 140 milhões de pessoas e 78% destas não são tratadas.

Em estudos realizados, Noto (1999) destaca que o álcool aparece com papel de destaque, sendo, sem sombra de dúvidas, a droga mais consumida no Brasil e a que provoca o maior número de conseqüências de agravo à saúde da população. Em pesquisa realizada com estudantes do ensino fundamental e médio em dez capitais brasileiras, realizadas pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), em 1997, cerca de 75% dos estudantes relataram consumo de bebidas alcóolicas pelo menos uma vez na vida e 15% relataram uso freqüente (6 ou mais vezes no mês).

Almeida Filho *et al.* (1992), em estudo epidemiológico de amostras populacionais de três metrópoles brasileiras (São Paulo, Brasília e Porto Alegre),

encontraram uma prevalência de alcoolismo em cerca de 15% em adultos.

Em Santa Maria, em uma pesquisa realizada em 1999 (II Estudo Epidemiológico sobre o uso de drogas psicotrópicas por estudantes do Ensino Fundamental, Médio e Superior de Santa Maria – RS), constatou-se que o uso do álcool pelos alunos do curso superior atinge 96,6%, no ensino médio 92,4% e no ensino fundamental 65,8%, do total de alunos que participaram da pesquisa.

Esta pesquisa destaca a necessidade para a criação de estratégias descentralizadas de serviços que envolvam as áreas educativas, preventivas, de tratamento e reabilitação de usuários tanto no sistema de saúde pública, quanto no privado e, principalmente, iniciativas das próprias escolas.

A abrangência deste problema, uma vez que o alcoolismo atinge pessoas de ambos os sexos, independente de idade, de classe econômica ou social, de escolaridade, destacado em pesquisa realizada por Carlini e Carlini-Cotrim (1995), é fator que transforma este assunto em objeto de preocupação por parte dos profissionais da área da saúde, educadores, sociedade e familiares.

Por outro lado, os efeitos danosos do uso de álcool no local de trabalho se estendem muito além das simples conseqüências negativas para a saúde. Guimarães e Grubits (1999) relatam que tal situação é nociva também aos interesses financeiros das empresas e resultam em grandes perdas na produtividade, geradas principalmente por absenteísmo e dificuldades no desempenho das atividades. Os maiores níveis de consumo de álcool ocorrem na faixa etária de 20 a 50 anos, sendo a maioria destas pessoas empregadas.

Dados da OMS estimam que cerca de 8% das mortes por acidente de trabalho ocorram em decorrência do uso de substâncias psicoativas, entre elas o álcool, e 10% da população de qualquer país do mundo apresentam problemas relacionados ao seu uso. Desta forma, Noto (1999) destaca que o Brasil apresenta algo em torno de 15 milhões de indivíduos nesse quadro, comprometendo 20% da força de trabalho.

Conhecemos importantes definições para podermos entender e compreender a extensão deste processo patológico, que culmina com uma doença crônica, degenerativa, sendo importante destacar que o cuidado que o enfermeiro dispensa a cada paciente varia com base em sua preparação para intervir.

Com destaque para o enfoque “doença e alcoolismo”, Ramos e Bertolote (1990, p.17) apresentam a seguinte definição:

[...] a Síndrome da Dependência do Alcool, é um estado psíquico e também físico, resultante da ingestão do álcool, caracterizado por reações de comportamento e outros, que sempre incluem uma compulsão para ingerir de modo contínuo ou periódico, afim de experimentar seus efeitos psíquicos e, por vezes, evitar o desconforto de sua falta.

Destacam-se, no conceito, as reações de comportamento causado pelo uso da substância. Taylor (1992) diz que esse princípio orienta o enfermeiro quanto ao respeito e dignidade das pessoas, em todos os momentos, sem levar em consideração a aceitabilidade de seu comportamento.

É preciso que, no mínimo, tenhamos consciência de nós mesmos e de nosso papel profissional na sociedade, invariavelmente representado pelas nossas atitudes e comportamentos.

Laranjeira e Dunn (1999) referem que há muito ceticismo em relação ao abuso do álcool, pelo fato de existir relutância do paciente em mudar o comportamento e, mesmo quando ele tenta parar de usar a substância, ocorre a recaída. Percebe-se a importância da equipe de saúde ter um conhecimento necessário e a percepção do paciente como um ser único, resistente a mudanças, pelo fato de culturalmente considerar-se certo em suas atitudes. Alertam para que o profissional perceba a presença da motivação para mudar o comportamento, que pode haver intervenção pelos profissionais de saúde. Destacam vários estágios, nos quais a motivação para a mudança de comportamento ocorreria:

- o primeiro estágio considera-se de pré-contemplação: a pessoa não planeja

mudar o seu comportamento num futuro próximo. Isto ocorre porque os aspectos negativos do uso do álcool são subestimados, por falta de informação, de “insight”, ou negação;

- o segundo estágio é o de contemplação: neste estágio, existe a possibilidade de algumas mudanças de comportamento;
- o terceiro estágio é o da ação: mudanças concretas podem ser feitas, por meio de solicitação de ajuda profissional, familiar, ou voluntariamente, pode diminuir o consumo;
- o quarto estágio é o de manutenção: em que mudanças no estilo de vida deveriam ser feitas para consolidar a nova forma de comportamento sem a substância.

Esses autores destacam critérios fundamentais para que o enfermeiro use como ponto de partida para sua intervenção, salientando-se que, muitas vezes, a referência para o início da assistência de enfermagem é o paciente familiar, visivelmente percebido pelo sofrimento vivenciado. É impossível que a família, o paciente e o próprio profissional de saúde tenham certeza de que vai ocorrer uma recaída. Este acontecimento, freqüentemente, traz desconfiança às técnicas terapêuticas, talvez porque as pessoas, por serem desinformadas, esperam que aconteça a cura da doença. Uma recaída, além de ser uma crise, pode ser uma oportunidade para aprender sobre esses fatores e colocar o abuso da substância mais próximo do seu controle.

Prevenir a recaída significa compreender os aspectos sócio-relacionais do ser humano em seu trabalho, na escola, na família e na sociedade. Significa, também, oferecer programas de atendimento ao dependente químico, de forma a conhecer e interagir com as pessoas.

O modelo biomédico objetiva-se na proposta da cura do doente, e com base nesta linha de formação profissional, Bucher (1991) diz que pensar que é possível acabar com a drogadependência é uma utopia, e admitir que o dependente químico

pode ter recaídas é estar voltado para a realidade social e compreender que o uso de substâncias psicoativas é o resultado da interação de diversos fatores ligados às áreas social, individual e à própria droga. Por outro lado, a fome, a miséria, a violência, a falta de informação e acesso aos recursos da comunidade pode levar a pessoa a usar a droga.

Entendo que este é um grande problema de saúde, que deve ser enfrentado com ações preventivas e educativas, necessitando prioridade no âmbito de políticas públicas de saúde, sem esquecer o tratamento e o cuidado dos que estão na escravidão da dependência.

Silva (1996) enfoca a abrangência deste problema no meio familiar e o impacto que esta doença provoca, pela ruptura e desorganização das relações interpessoais, com conseqüente prejuízo para o desenvolvimento das pessoas e a qualidade de vida e saúde daqueles que convivem com o problema. Cormillot (1992) e Silva (1996) destacam que:

- os filhos de pais alcoolistas são pessoas com alto risco de desenvolverem problemas emocionais, de conduta, de aprendizagem e legais;
- risco de desenvolver dependência é três vezes maior para os filhos de alcoolistas do que para os filhos de não alcoolistas;
- os filhos de alcoolistas tem maior tendência para desenvolver outras condutas de adicção do que os filhos de não alcoolistas.

A família pode adoecer, na medida em que o alcoolismo desenvolve-se em um dos seus membros, necessitando, portanto, ser cuidada, e não apenas vista como um recurso para o tratamento da pessoa alcoolista. A adicção é um problema familiar. Como Jefferson (2001), acredito que todos na família sofrem, não apenas o alcoolista. Alguns problemas vividos pelos familiares incluem culpa, ressentimento, insegurança, delinqüência, problemas financeiros, isolamento, medo e violência. As famílias acham que seus problemas seriam solucionados se a pessoa parasse de usar álcool. Entretanto, elas podem receber ajuda, mesmo que o paciente recuse. O

enfermeiro deve aconselhar, incentivar e encaminhar os familiares para tratamento. Essas famílias precisam aprender a dar atenção às suas próprias necessidades.

A prevenção visa a adoção de conhecimento e de atitudes responsáveis para com o paciente. Segundo Vuylsteek (1991), junto com a evolução do conceito de saúde, manifestou-se uma diferenciação no campo da prevenção. Partindo do modelo médico, original e tradicional, no campo da patologia somática monocausal, a noção de prevenção evoluiu para um modelo pedagógico mais pertinente, ou seja, para a multicausalidade das doenças, em relação com o comportamento psicossocial e o modelo individual de personalidade. Dentro dessa perspectiva, podemos dividir as ações preventivas em três níveis:

- Prevenção primária: constituída de ações antecipatórias que visam diminuir a probabilidade do início ou do desenvolvimento de uma condição. No domínio das substâncias psicoativas, o objetivo é impedir que se produza um consumo problemático, até mesmo do primeiro uso. Incluem-se aqui a educação para a promoção da saúde, a informação e medidas sociais e legais.
- Prevenção secundária: consiste em intervenções rápidas para evitar que um estado de dependência se estabeleça, dirigindo-se, portanto, a uma população bem definida, que dá sinais de excessos esporádicos ou abuso momentâneo. Aqui incluem-se o diagnóstico precoce, a intervenção de crise e a vigilância.
- Prevenção terciária: consiste de quaisquer atos destinados a diminuir a prevalência das incapacidades crônicas numa população, reduzindo ao mínimo as deficiências funcionais consecutivas à doença, no caso a dependência de substâncias psicoativas. Aqui, incluem-se medidas terapêuticas de reabilitação.

A prevenção será possível se iniciada no contexto familiar, antes da escola. É preciso que a família incorpore, em sua cultura, a questão da prevenção. Uma vez

instalada a dependência, é fundamental a intervenção interdisciplinar com o dependente e a família.

Quando me refiro à família, é no sentido de que no cotidiano vivenciado, percebe-se os problemas decorrentes do alcoolismo, e que a família desestrutura-se e adoce junto com a pessoa alcoolista. Para Groff (1996) se reportando a esta desestruturação, define que “a família disfuncional é a que cria uma estrutura comportamental em que os seus membros negam, racionalizam ou encobrem problemas e cuidadosamente guardam ou negam segredos”.

Nesta definição, percebe-se a verdadeira situação da família, envolvida por normas culturais, sociais e religiosas, que obrigam as pessoas a esconderem os problemas para serem aceitas. Esta família vivencia a situação de co-dependência.

Jefferson (2001) relata que, quando o termo co-dependência foi criado, em 1979, ele se referia a pessoas que se haviam tornado disfuncionais em consequência de viverem um relacionamento estreito com um alcoolista. O foco principal centrava-se, inicialmente, no cônjuge do alcóolico. A autora destaca que o conceito não é novo. Na década de 30, o Al-Anon (Alcólicos Anônimos) foi criado especificamente para ajudar familiares de alcoolistas a enfrentarem seus próprios problemas, derivados do convívio com um alcoolista. Os filhos de alcoolistas, quando adultos, compartilham certas características, porque todos se esforçam para sobreviver ao caos de crescer com um pai alcóolico. Os principais aspectos desta condição são: 1) superenvolvimento com uma pessoa disfuncional; 2) tentativas obsessivas de controlar o comportamento da pessoa; 3) uma forte necessidade de obter a aprovação alheia; 4) sacrifícios pessoais constantes para ajudar a pessoa disfuncional a “curar-se” do comportamento problemático.

Percebe-se que a literatura enfoca quase que exclusivamente a dependência química. A mídia vem dando espaço para este tema cada vez mais e isto se dá nos diversos meios. O CID (Código Internacional das Doenças) reconhece a dependência química como uma doença, contudo a co-dependência permanece na sombra. É preciso facilitar ao co-dependente a visualização do contorno de seu

sofrimento, e com isso produzir mudança e renovação, não somente para uma pessoa identificada, mas para todo o grupo de pessoas, a quem denominamos de família.

3.2.2 Depressão

Todos os seres humanos estão familiarizados com as emoções de alegria e tristeza. Essas emoções são vividas por pessoas saudáveis podendo-se identificar claramente os motivos. Cabe ao profissional a responsabilidade de reconhecer e intervir apropriadamente sempre que necessário.

Cruz (2002) destaca que é importante reconhecer corretamente cada situação, evidenciando que a tristeza passa com o tempo e a depressão tende a piorar, pelo fato da pessoa ignorar qual a origem do seu estado. Cabe ao enfermeiro a importância de intervir sempre que necessário.

Taylor (1992) lembra que os transtornos de humor, especialmente a depressão, têm sido documentados desde tempos remotos. Um papiro egípcio de 1500 A.C. contém um discurso sobre a velhice e, acerca disso, diz que “o coração torna-se pesado e não recorda o passado”. Hipócrates (460-375 A.C.), o maior dos médicos da Grécia Antiga, conhecia os sintomas da depressão muito bem e acreditava que a mesma resultava de um excesso de bile negra, chamada *melanchole*, na língua grega. A palavra inglesa *melancholy* e em português *melancolia* derivam desse termo grego. Também, na Idade Média, já se conhecia a depressão, embora fosse considerada como uma força mística de alguma entidade misteriosa. Apenas, no final do século XVIII iniciaram-se estudos sobre a matéria em instituições recém-fundadas e os hospitais especializados se apropriam dos conhecimentos como da natureza médica das perturbações mentais.

Todo ser humano em qualquer fase de sua vida pode experimentar sintomas depressivos. Trata-se de uma doença com importantes repercussões sociais e

individuais, devido ao fato de afetar não somente o convívio social, mas impossibilita também uma rotina de vida satisfatória. Os estados depressivos constituem-se, pela sua prevalência, um grave problema de saúde pública.

Stuart e Laraia (2001) afirmam que vivenciamos respostas emocionais adaptadas e desadaptadas. Entre as adaptadas, vivenciamos o luto, sensibilidade emocional, as emoções, como o medo, a alegria, a ansiedade, o amor, a raiva e a surpresa, que são um componente normal da condição humana. O problema surge quando avaliamos o humor ou o estado emocional de uma pessoa como desadaptado, anormal ou patológico. As respostas emocionais mais desadaptadas podem ser reconhecidas por sua intensidade, amplitude, persistência e interferência no funcionamento social e fisiológico.

A palavra depressão é usada de várias maneiras. Ela pode referir-se a um sinal, um sintoma, uma síndrome, um estado emocional ou uma doença, que pode ser clínica, grave, desadaptada e incapacitante.

Sobre depressão, Cruz (2002) destaca que a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta-a como a quinta maior questão de saúde do planeta, afetando 120 milhões de pessoas, e até o ano de 2020, poderá ser a segunda maior doença, superada apenas pelos problemas cardíacos. Mais de 20% das pessoas afetadas hesitam até cinco anos antes de procurar ajuda médica. Quando a pessoa com depressão decide procurar ajuda médica, ela recorre, em 50% dos casos, a clínicos; em 35% dos casos a psiquiatras e psicólogos; e em 15% dos casos a especialistas em medicina alternativa.

Geralmente, quando o paciente procura uma Unidade de Saúde, inicialmente ele relata uma variedade de queixas. Cruz (2002) destaca os sintomas da depressão e alerta que o paciente deve apresentar no mínimo cinco sintomas descritos abaixo, dentre os quais um dos dois primeiros obrigatoriamente: (1) humor deprimido; (2) perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, incluindo a sexual; (3) alteração do apetite e perda ou ganho de peso, sem estar em dieta (5% do peso em um mês, a mais ou a menos); (4) insônia ou hipersonia; (5) agitação ou

retardo psicomotor; (6) fadiga; (7) sentimento de inutilidade, de inadequação ou culpa excessiva; (8) capacidade diminuída de pensar ou de se concentrar; (9) pensamentos recorrentes de morte, idéias ou tentativas de suicídio.

Durante o exercício profissional, percebi o quanto os sintomas depressivos comprometem o equilíbrio emocional das pessoas, principalmente adultos e idosos, cronicamente comprometidos por doenças orgânicas. A capacitação profissional efetiva dá ao enfermeiro a competência para identificar a doença ou comprometimentos relacionados a outras doenças orgânicas e ao uso de medicamentos.

Del Porto (1999) destaca que, embora a característica mais típica dos estados depressivos seja a proeminência dos sentimentos de tristeza ou vazio, nem todos os pacientes relatam a sensação subjetiva de tristeza. Importante que o enfermeiro, ao estabelecer contato com o paciente, valorize as informações com atenção, considerando, assim, o diagnóstico possível da depressão.

Mesmo que ainda existam controvérsias sobre a natureza da depressão, está claro que existe um efeito interativo entre fatores predisponentes e desencadeantes, de origem biológica e psicossocial. Stuart e Laraia (2001) relacionam as principais teorias etiológicas:

- Modelo Genético: existe um amplo consenso, no sentido de que a hereditariedade e o ambiente exercem um papel importante nas perturbações de humor, ocorrendo dentro de famílias, mas as evidências sobre a herança genética são maiores para o transtorno bipolar.
- Teoria da Agressão: voltada para si mesmo, tem base na teoria freudiana, que vê a depressão como o redirecionamento de sentimentos de raiva contra si mesmo. Embora essa seja uma das teorias da depressão mais mencionadas, não pode ser aplicável a todas as pessoas.
- Teoria da Perda do Objeto: a teoria refere-se à separação de alguém amado e perturbação do vínculo de apego. Esta teoria evidencia a perda

durante a infância como fator predisponente para depressões e separações na idade adulta como um estresse desencadeante.

- Teoria da Organização da Personalidade: uma outra visão da depressão concentra-se na importância da variável psicossocial que é a baixa auto-estima, surge do fraco desempenho dos papéis e ausência de uma identidade clara para si mesmo. Existe uma falta perceptível de objetivos pessoais e um foco predominantemente sobre os problemas.
- Modelo Cognitivo: propõe que a depressão seja um problema cognitivo, dominado por uma avaliação negativa de si próprio e do futuro. A pessoa propensa à depressão, de acordo com esta teoria, julga-se incapaz, pensa em si mesmo em termos negativos, e, pessimista, vê o futuro como uma extensão do presente, torna-se hipersensível às experiências de perdas e de derrota, ignorando as experiências de sucesso e prazer. Diante desse arranjo negativo, o suicídio parece uma solução racional, como desejo de escapar, por um fim para o sofrimento, um alívio do fardo da família, pois essa pessoa crê que todos estariam melhor se ela morresse.
- Modelo Comportamental: este modelo refere-se à necessidade da pessoa realizar uma interação efetiva com o ambiente. O fato de ter pouca ou nenhuma interação gratificante com o ambiente favorece a depressão.
- Modelo Biológico: este modelo explora alterações químicas no organismo durante os estados deprimidos. Entre elas, destacam-se as perturbações eletrolíticas, neurofisiológicas, disfunção do Sistema Nervoso Autônomo (SNA), alterações hormonais e de neurotransmissores. As pesquisas sobre o modelo biológico têm sido extensas e de alta qualidade.

Percebe-se, na análise desses modelos, que o ambiente e a família estão diretamente comprometidos com a saúde e o bem-estar das pessoas e da sociedade. Para tanto, é preciso compreender que o ser humano passa por mudanças biológicas, psicossociais e cognitivas. Todos os processos de perdas e desajustes ocorridos na

infância, gradativamente podem refletir em todas as etapas da vida.

O envolvimento com crianças e adolescentes é um desafio para a enfermagem; é necessário o conhecimento do desenvolvimento ideal para diferenciar entre o comportamento esperado para a idade e os desajustes evidenciados. A convivência do paciente com a família facilita a intervenção, determinando o melhor modo de interagir e ajudar.

Para Bee (1997), o sistema familiar pode funcionar como um amortecedor para a criança. Quanto mais apoio emocional e profissional, menos possibilidade de o adolescente conviver com a depressão.

A adolescência caracteriza-se por grandes transformações. Além disso, apesar de que essa fase de vida seja dita como de grandes oportunidades, circulam idéias associadas à noção de crise, desordem e problemas sociais, que necessitam de atenção pública, por meio da intervenção de profissionais habilitados, pois, com a perda dos sonhos da infância, o adolescente vivencia um sentimento de solidão e isolamento, necessitando de ajuda e compreensão.

Iselin, *apud* Stuart e Laraia (2001), adverte que se o adolescente for incapaz de obter apoio durante esse período, pode ocorrer a depressão. E embora a maioria das famílias seja capaz de lidar com as demandas dessa transição e seguir em frente, muitas chegam a impasses em que é necessária a ajuda profissional.

Essa ajuda profissional deve ser bem implementada, e, para ser efetiva, deve visar objetivos claros e definidos. Para Travelbee (1979), numa relação de ajuda, é imprescindível transmitir ao outro o sentimento de confiança, para que ele consiga expor-se e ter esperanças de sair beneficiado deste apoio. O profissional, segundo ela, consegue abrir novas vias de comunicação, sendo sensível, sabendo quando falar, o que dizer, quando dizer, quando calar e mostrar seu interesse por meio da comunicação. Assim, o enfermeiro encontra-se em uma posição ideal para educar o paciente.

Portanto, destacamos que a família e os profissionais da saúde entendam os

processos evolutivos do ser humano, evitando que a sociedade projete suas próprias falhas nos assim chamados excessos da juventude, responsabilizando-os pelo uso de drogas, pela delinqüência, pela gravidez precoce, pela prostituição, pela evasão escolar e muitas vezes pelo suicídio cometido indiretamente pela incompreensão e falta de cuidado.

Sinto-me responsável, para expressar essa preocupação, pois me considero parte de uma equipe que tem o compromisso profissional com a saúde do ser humano.

Destaco, nas palavras de Albestury e Knobel (1981), que o adolescente isolado não existe, como não existe ser algum desligado no mundo, nem mesmo para adoecer. A patologia é sempre expressão do conflito do indivíduo com a realidade, seja pela da inter-relação de suas estruturas psíquicas ou do manejo das mesmas frente ao mundo exterior. Para isto, o adolescente não só deve enfrentar o mundo dos adultos, para o qual não está totalmente preparado, mas, além disso, deve desprender-se do seu mundo infantil no qual e com o qual, na evolução normal, vivia cômoda e prazerosamente em relação da dependência, com necessidades básicas satisfeitas e papéis claramente estabelecidos.

Outra etapa de vida importante é a idade adulta, pois neste momento a pessoa passa a conviver com problemas individuais, com o casamento, a profissão, a gravidez, as separações, o desemprego, a solidão, a menopausa, a viuvez, a aposentadoria, enfim, as perdas, que são consideradas como estressores desencadeantes. Como conseqüência, muitos sintomas físicos podem se manifestar. Ocorrem dores não identificadas, insônia, dependência de drogas, entre elas o álcool, os ansiolíticos. Ao se defrontar com um paciente depressivo, o enfermeiro precisa estar capacitado para acompanhá-lo e, de forma segura, orientá-lo. A vítima da depressão deve ser tratada, porque o direito à vida e à saúde não lhe devem ser negados.

Stuart e Laraia (2001) estimam que um em cada oito adultos pode ter depressão durante a vida e 15% dos pacientes com depressão grave cometem

suicídio. As perdas que ocorrem na idade adulta podem desencadear a doença, sendo que a perda pode ser real ou imaginária.

A depressão pode começar em qualquer idade, embora ocorra geralmente entre os vinte e trinta anos.

Importante salientar que, devido ao grande número de teorias etiológicas, há necessidade de estabelecer se estamos diante de um distúrbio primário ou secundário, com a finalidade de orientar em relação ao diagnóstico e tratamento. Papaleo Netto (1996) considera que, frente a uma crise depressiva, é importante identificar se o paciente está vivenciando apenas um quadro sintomático ou se estamos diante de um comprometimento secundário, devido a doenças orgânicas, psíquicas ou em consequência de tratamento ou intoxicação medicamentosa.

Stuart e Laraia (2001) observam que estudos disponíveis alertam que um terço de pacientes internados por problemas orgânicos relatam depressão chegando até um quarto. Entre os problemas associados, destacamos o câncer, acidente vascular cerebral, esclerose múltipla, doenças cardíacas, transtornos endócrinos, entre outros.

Portanto, devido a todas as ocorrências de vida do ser humano, é necessário uma formação contínua que prepare o enfermeiro para as funções que sustentam uma relação terapêutica, que é o instrumento fundamental para a recuperação dos pacientes, daí a importância atribuída à enfermagem.

Como o adulto tem vínculos familiares e profissionais, certamente haverá comprometimentos de relações com as pessoas com quem convive ou trabalha; sentindo-se incapazes para ajudá-lo, as pessoas afastam-se do doente. A família, neste momento, deve ser orientada para que possibilite ao doente segurança e proteção, e, como um indivíduo, ela pode sofrer crises, viver realizações, alegrias e rupturas. É receptáculo para desejos, sentimentos, angústias, identificações, fenômenos esses, segundo Andolfi (1980), que se resolvem em função dos vínculos existentes dentro do grupo familiar.

Na continuidade de vida, percebe-se o quanto a família vai se tornando importante no viver diário das pessoas. Sabemos que todo ser humano, em qualquer fase de sua vida, pode experimentar sintomas depressivos. No idoso, a incidência desta doença é ainda maior, pois apresentam inúmeras limitações e perdas, exigindo comprometimento familiar e do profissional. A participação do enfermeiro visa promover a independência máxima para o idoso, com base nas habilidades e capacidades funcionais.

A depressão, para Papaleo Netto (1996), é uma doença com importantes repercussões sociais e individuais, devido ao fato de afetar não somente o convívio social, mas também pelo risco inerente de morbidade e cronicidade; a importância de seu reconhecimento é que, ao estabelecer a terapia indicada, devolvemos ao indivíduo a capacidade de amar, pensar, interagir, sentir-se gratificado e assumir responsabilidades.

Na verdade, a pessoa que não é aceita, independente da idade que tem, tem dificuldade em se aceitar, e, conseqüentemente, de aceitar seu semelhante, e este sentimento se prolonga por toda a vida. Para Waldow (1998), a velhice caracteriza-se pela forma como a sociedade determina e encara o envelhecimento, mais do que a própria percepção do idoso a respeito do processo de envelhecimento e nem sempre corresponde ao seu estado de velhice, situação que se repete nas circunstâncias em que a pessoa vive uma vida que não pode ser considerada produtiva de alguma forma, tais como depressivos, alcoolistas, enfermos de um modo geral. Portanto, a forma como uma sociedade marginaliza, superprotege ou respeita a pessoa, jovem, madura ou idosa, determinará como ele se adaptará e assumirá a sua vida. A depressão no idoso, por exemplo, é particularmente complexa, uma vez que o diagnóstico diferencial com freqüência envolve dano cerebral orgânico e depressão clínica. Os idosos com sinais precoces de alterações cerebrais senis, doença vascular ou outras doenças neurológicas do envelhecimento, podem estar em maior risco para a depressão que a população em geral.

O quadro clínico da depressão assemelha-se, na maioria das vezes, seja ele encontrado no jovem ou no idoso. Carvalho e Fernandez (1996) apontam características como a presença da tristeza patológica, às vezes difícil de interpretar, por sua natureza íntima e pessoal; ansiedade, conteúdo do pensamento pessimista e desagradável, pensamento embotado e lentificado, anedonia, idéias de culpa, autodepreciação, inutilidade, queixas somáticas, dificuldade de concentração e idéias de morte, entre outras. Papaleo Netto (1996) adverte que a depressão não faz parte da velhice, identificando que além dos fatores psíquicos, os fatores biológicos e sociais estão etiologicamente envolvidos. Para o autor, uma situação estressante e desencadeadora de depressão é a institucionalização, o que propicia ainda mais o isolamento, a privação sensorial, a imobilização, acarretando com frequência queda do estado geral.

Outro cuidado importante ao deprimido é a prevenção do suicídio. O enfermeiro deve estar consciente de que algumas pessoas, fisicamente doentes, não estão dispostas a ver qualquer alternativa senão a morte. Taylor (1992) destaca que o medo do processo da morte, do sofrimento, de dores constantes, da solidão, são fatores citados na escolha do suicídio. Comportamentos comuns de ameaça à vida, como recusa a medicamentos, alimentação, enfim de auto-cuidado, são estratégias que o idoso, por exemplo, utiliza para abreviar a vida.

É importante considerar que a questão da depressão, ou outros problemas podem acometer as pessoas, ganha importância pelas mudanças no perfil demográfico, em que a população estará mais e mais envelhecida e fora do sistema produtivo, o que implica em que, além de aprendermos a reconhecer os sinais de depressão nas pessoas, temos que aprender, mais e mais, a cuidar terapêuticamente delas até que se tornem pessoas idosas, de modo a que tenham mais que uma sobrevida, ou seja, para que possam viver com dignidade e alegria esta etapa.

Frente às afirmações dos autores, percebo que, por meio do relacionamento terapêutico, o enfermeiro poderá identificar sinais importantes de depressão que, freqüentemente, deixam de ser reconhecidos. Saraceno, Asioli e Tognon (1994)

acreditam que o usuário deve ser ajudado a restabelecer suas relações afetivas e sociais, reconquistar seus direitos na comunidade, reconquistar seu poder social.

4 METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos, este estudo iniciou com uma prática assistencial a pessoas com problemas de depressão e alcoolismo, para vivenciar uma experiência com uma metodologia de assistência baseada em teoria da enfermagem.

A teoria escolhida foi a da interação pessoa-a-pessoa, de Joyce Travelbee.

Após esta prática, o passo seguinte foi organizar as experiências assistenciais, de maneira a evidenciar quais as estratégias que podem ser implantadas para a sistematização do processo de cuidado em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde.

Estes dois momentos deste estudo são descritos a seguir.

4.1 Contexto do estudo

Este trabalho constituiu-se numa estratégia assistencial, com base nos conceitos de Travelbee, junto a um grupo de pacientes de uma Unidade Básica de Saúde, de Santa Maria. A referida Unidade dispõe de uma sala de enfermagem, uma sala de vacinas, duas salas para atendimento médico, uma sala para atendimento odontológico, uma farmácia, dois banheiros e uma sala administrativa. O quadro de funcionários está formado por uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, uma recepcionista, uma coordenadora administrativa, três médicos de clínica geral, um pediatra, um ginecologista e um odontólogo. A equipe de saúde presta atendimento

das 7 horas às 19 horas, de segunda a sexta-feira.

4.2 Período do estudo

A prática assistencial foi desenvolvida no período de 18 de maio a 28 de junho de 2001, por meio de encontros com pacientes previamente agendados. Os encontros foram realizados paralelamente com os pacientes e familiares. No dia 19 de maio, iniciei o primeiro encontro com duas pacientes depressivas, aproveitando a presença das mesmas na Unidade, além de mais uma pessoa introduzida em seguida. Com os alcoolistas, foi feito o contato e agendado o primeiro encontro para data posterior.

4.3 Participantes

Para o desenvolvimento da prática assistencial, selecionei junto aos usuários da unidade, três pacientes com diagnóstico médico de depressão e dois pacientes alcoolistas.

As pessoas com depressão comparecem freqüentemente na unidade. Os alcoolistas foram convidados a participar dos encontros, um deles o genro de uma paciente depressiva. Como havia interesse em ouvir e orientar a família, foi possível a participação de três familiares.

Assim, o estudo incluiu oito pessoas, sendo seis do sexo feminino e duas do sexo masculino.

Inicialmente, com a chefe administrativa, expus minha proposta, organizei o horário para a realização da prática assistencial e, como era enfermeira da Unidade, ajustei meus horários de forma que não compromettesse minhas outras atividades.

Apresentei o projeto a uma médica que faz clínica geral, expliquei o objetivo

e obtive sua ajuda e de uma auxiliar de enfermagem, na seleção dos pacientes depressivos que participaram da prática.

Importante salientar que, continuamente, um grupo de pacientes circulam na Unidade à procura de ajuda. Entre eles, selecionamos três pacientes, que na percepção do grupo seriam as pessoas que solicitavam este tipo de cuidado. Já com os pacientes alcoolistas o procedimento de escolha foi diferente, um deles foi convidado e o outro indicado por paciente que também participou da prática. Os critérios utilizados para a inclusão dos pacientes para a prática foram a visualização da busca de orientação, ajuda e informação, pois já estavam clinicamente diagnosticados.

Com todas as pessoas indicadas houve um momento que foi apresentado a proposta de trabalho, dando aos pacientes o direito de participar ou não dos encontros.

4.4 Sistemática dos encontros terapêuticos

Inicialmente, foram definidos cinco encontros, e eram agendados conforme a disponibilidade dos pacientes. Cada encontro teve a duração de quarenta e cinco minutos, e, quando prolongado, não ultrapassou sessenta minutos.

Para operacionalização da Teoria Interpessoal de Joyce Travelbee, utilizei uma metodologia de assistência da enfermagem desenvolvendo as cinco etapas da interação enfermeiro-paciente, na seqüência idealizada pela teórica, ou seja, Encontro Original, Identidades Emergentes, Simpatia ou Envolvimento Emocional, Empatia e Mudança de Comportamento.

a) Fase do encontro original: é o encontro inicial, fase do conhecimento emocional das percepções e primeiras impressões para a enfermeira e paciente/família, onde se tenta quebrar as barreiras de categorização de valores para ambos.

b) Fase de Identidades Emergentes: esta fase é representada pelo segundo encontro, quando as pessoas envolvidas percebem identidade em cada um, reconhecendo-se como únicos. Começa o vínculo da relação, e as pessoas envolvidas no processo começam a perceber as diferenças individuais.

c) Fase da Empatia: esta fase envolve compartilhar sentimentos e experiências com outras pessoas – a autora considera que a semelhança de experiências e o desejo de compreender a outra pessoa são duas qualidades que reforçam o processo da empatia.

d) Fase da Simpatia: nesta fase ocorre a troca de sentimentos e começa a aparecer o envolvimento emocional. Há, por parte da enfermeira, um desejo de aliviar a causa da enfermidade e o sofrimento do paciente/familiares.

e) Fase da Mudança de Comportamento: nesta fase enfermeira e paciente/familiares são capazes de perceber, trocar e comunicar experiências, sentimentos e pensamentos. Ela se caracteriza na medida que a enfermeira avalia o sofrimento do enfermo/pacientes.

Esses passos metodológicos foram desenvolvidos com os pacientes nas cinco etapas do método de assistência de enfermagem, que foram fundamentados em conceitos da Teoria da Relação Interpessoal: avaliação inicial, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.

a) Fase de avaliação inicial: inclui o levantamento de dados do paciente, tornando possível a identificação de seus problemas. Para levantar os dados foi utilizado um instrumento criado para identificação dos problemas dos participantes. Neste documento, o objetivo foi alcançar aspectos da história de vida para chegar à compreensão da situação que os levasse a procurar ajuda (Apêndice A).

b) O diagnóstico: evidencia os aspectos a serem trabalhados e que precisam do atendimento da enfermeira.

c) O planejamento: é a determinação da assistência de enfermagem diante do diagnóstico estabelecido.

d) Implementação: é a ação da enfermeira na efetivação das mudanças comportamentais.

e) A avaliação final: quando se identifica a evolução do estado de saúde a partir do término de todas as etapas acima descritas, apesar de que, mudanças podem acontecer, sendo necessário, continuamente, avaliar a resposta do ser humano à assistência implementada e a capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas.

A Teoria de Travelbee pressupõe um processo interpessoal entre dois seres humanos, um que precisa de assistência e o outro que é capaz de dar tal assistência. O objetivo da assistência é ajudar o ser humano a encarar sua doença e seu problema, aprender a partir da experiência, encontrar significado através do enfrentamento da dor e do sofrimento.

Relações humanas ajudam as pessoas a lidarem com o sofrimento e Travelbee conceitualiza relações como processos em estágios, começando com a fase do encontro original e evolui para a fase do relacionamento.

Por meio da comunicação, o relacionamento é estabelecido. Tal relacionamento é definido como uma experiência entre uma enfermeira e um paciente ou um membro familiar.

Durante os encontros, várias intercorrências aconteceram tendo em vista que os pacientes são portadores de doenças crônicas e com isto outros comprometimentos são vivenciados pelos pacientes. Entre eles, podemos destacar os problemas orgânicos, sociais (principalmente na família), entre outros.

A importância do conhecimento da história do paciente facilita a resolução das intercorrências. Com os pacientes da prática assistencial foram realizados vários encaminhamentos. Entre eles: atendimento clínico, psiquiátrico, grupos terapêuticos (hipertensos, auto-ajuda), conselho do idoso, atividades físicas, entre outros.

Em relação à impossibilidade de participação nos encontros, houve contatos prévios dos pacientes e familiares, comunicando sua ausência, de modo que se

transferia o encontro para outra data e horário, e a forma mais freqüente foi por meio de contatos telefônicos.

A participação da família foi importante, pois algumas certezas em relação ao peso genético existem, desta forma, todo o cuidado destinado ao paciente contribuirá e refletirá na família que experimenta a condição de vivenciar a doença. Os familiares foram convidados a partir da indicação do próprio paciente, da mesma forma, foram orientados e aceitaram participar dos encontros.

Em relação à questão ética, é de extrema importância preservar a história dos pacientes, por meio do registro das informações, bem como garantir o acesso às informações somente aos profissionais que realmente irão contribuir para a continuidade da assistência. Os registros foram realizados em folhas próprias para prontuário (Anexo A), arquivadas inicialmente e após transferidas para o serviço de saúde mental.

Importante salientar que situações merecedoras de sigilo profissional possam ser avaliadas no sentido de se dar atenção especial às pessoas que, de alguma forma, sugiram risco de vida potencial ou como pedido de ajuda.

A consciência ética do enfermeiro deve oportunizar ao paciente a possibilidade de sentir-se pertencendo a um grupo, ser reconhecido e valorizado pela sociedade, acolhido pela família, ou por uma instituição de saúde.

5 APLICAÇÃO DA PROPOSTA DE JOYCE TRAVELBEE

Considerando-se a relevância e a complexidade do alcoolismo e da depressão como problemas freqüentes nas unidades de saúde pública tomou-se o cuidado de dar-se uma visão clara ao problema, evitando os julgamentos que, geralmente, são carregados de preconceitos que reforçam a visão distorcida que o meio social tem como senso comum em relação ao alcoolismo e a depressão.

Percebe-se que as manifestações dos profissionais que atendem nos serviços de saúde podem ser vistas como uma amostra da sociedade.

Para viabilizar a prática escolhi o meu local de trabalho com isto facilitaria o acesso dos pacientes e a continuidade dos encontros.

O processo ocorreu não exatamente como estava previsto, o que me deixou, em alguns momentos, bastante angustiada. Inicialmente, tive receio em relação à adesão das pessoas à proposta, pois, para os pacientes, a prática era nova.

Apesar de já ter experiência anterior, isto acontecia em outra unidade, com outra clientela, que já fazia tratamento com certeza da continuidade, e esta certeza trazia mais tranqüilidade, para mim e para os pacientes.

Durante a prática assistencial, obtive apoio de dois colegas médicos e da auxiliar de enfermagem.

Escolhi este local, pois era o meu ambiente de trabalho, e com isto facilitaria a prática e a continuidade dos encontros.

Previ, inicialmente, cinco encontros com pacientes e cinco encontros com

familiares. Dos cinco pacientes que participaram da prática assistencial, foi possível o contato e a presença de três familiares.

O número de pacientes previstos inviabilizou parte da prática, embora os meus objetivos, acredito, tenham sido alcançados, apesar da complexidade do diagnóstico. Devido ao tempo limitado, poderia ser selecionado somente um paciente e um familiar para cada diagnóstico, respectivamente (depressivo e alcoolista), com seus respectivos familiares.

Estas pessoas são usuárias da Unidade Básica de Saúde, mas a procuram para atendimento clínico, ginecológico e odontológico.

Nos dias dos encontros, eu trabalhava em turno diferente, para poder me dedicar somente ao meu projeto. Os horários agendados aconteciam sempre pela manhã, mas diferenciados, conforme o dia da semana, devido à escala de atendimento dos profissionais.

Como a Unidade de Saúde é bastante precária em espaço físico, os encontros aconteciam em uma sala que servia também para atendimento de enfermagem (reuniões, entrega de medicações do grupo de hipertensos, verificação de sinais vitais, entre outros), portanto, a sala utilizada foi negociada também com a auxiliar de enfermagem, pois eram necessárias mudanças para que não houvesse interrupções.

Apesar de adaptações serem feitas para realizar a prática, importante foi abrir esse espaço para essas pessoas serem ouvidas. De acordo com a intensidade do sofrimento e da dor, a necessidade de espaço físico torna-se menos importante, apesar de que, eticamente, precisamos preservar e manter o sigilo.

Em relação a isso, todos os registros dos encontros realizados estão sob minha responsabilidade, no Serviço de Saúde Mental onde estou atuando, dessa forma preservando a história dessas pessoas.

A experiência obteve resultados, apesar das condições relatadas anteriormente, evidenciando a importância desta assistência de enfermagem ser

priorizada inicialmente nas Unidades Básicas de Saúde.

O relato será descrito por encontros (importante destacar que não foi possível realizar todos os encontros previstos), e, dentro das possibilidades, foram trabalhados os passos da metodologia de Enfermagem preconizada, tendo presente as cinco fases do processo de interação de Travelbee.

Em todos os relatos, aparece no primeiro encontro a coleta de dados dos pacientes, dessa maneira respeitando a singularidade e a unicidade de cada um. Para identificar essas pessoas, atribui-lhes nomes fictícios.

Todas as informações prestadas foram registradas com o consentimento dos pacientes e familiares, e a única forma de registro foi por escrito, pois outras formas, na minha visão, podem reduzir a espontaneidade e a liberdade na exposição dos problemas com os quais estava tratando.

O instrumento elaborado para a identificação da história dos pacientes foi utilizado no início do relato e no primeiro encontro, facilitando quando da disponibilidade dos pacientes em identificar a sua história, colocando-os como centro da atenção, dessa forma não partindo de outros pressupostos a não ser o de que se tratava de um primeiro contato, mesmo assim assegurando sua proposta terapêutica.

5.1 Relatos dos encontros

Dando encaminhamento ao relato dos encontros, chegou-se ao momento de formular uma compreensão de seus significados. Os conflitos presentes nos relacionamentos interpessoais, emergem como fonte de tensão e sofrimento. Na coleta dos dados, tentamos destacar parte da história de vida dos pacientes, através de seu próprio depoimento, mas também recorrendo a um familiar de convívio mais próximo. Na construção dos relatos, utilizamos, sempre que possível, as próprias palavras do paciente.

5.1.1 Encontro com Joana

1º Encontro (avaliação)

A Sra. Joana compareceu na Unidade Sanitária às 9h da manhã, após agendamento prévio. A paciente concordou em participar das consultas, pois se sentia muito angustiada.

Para a coleta de dados iniciais, recorri ao prontuário, pois a mesma freqüentava o Grupo de Hipertensos há mais de 2 anos. A Sra. Joana, idosa de 73 anos, sexo feminino, viúva, mãe de três filhas casadas, residente em Santa Maria, relatou que, a cada dia que passa, o sofrimento e a tristeza aumentam.

Relata que faz parte do Grupo de Hipertensos, mas não lembra há quanto tempo é hipertensa. Usa medicação para dor no estômago e para os “nervos”; só consegue dormir, à noite, quando toma medicação. Informa que a medicação que faz uso é prescrita pela médica que atende o Grupo de Hipertensos. Fez uso de antidepressivos, abandonando o tratamento pela dificuldade de acesso ao médico especializado (psiquiatra), e por dificuldades financeiras para pagar as consultas.

Relatou que viveu muito bem a infância e a adolescência e tem saudades dessa época. Casou-se cedo, dedicou-se aos serviços da casa e ao cuidado dos filhos. Tem quatro netos e dois deles são adotivos. Ao oferecer informações sobre a família, revelou que tem mais três irmãs que fazem tratamento para os “nervos” e usam medicação. Informou que seu pai também fez uso de bebida de álcool e era fumante, mas não trouxe problemas para a família. Conta que esteve hospitalizada apenas para ter suas filhas.

Após o falecimento do esposo, morou sozinha por um bom tempo, mas hoje mora com a família de sua filha, após ter adquirido uma casa, em sociedade com o genro, e este convívio está trazendo-lhe muitos incômodos.

Ao exame físico, apresentou boa aparência e boas condições de higiene.

Refere diminuição da acuidade visual e auditiva. Usa prótese dentária. Foi verificada a Pressão Arterial (140 x 100 mm/Hg), apresentando-se taquicárdica e sudorética. Refere uma dor contínua, que aperta o peito, e dor no estômago, que só alivia quando toma medicação.

Pedi para que permanecesse sentada, conversei com ela, novamente expondo os objetivos dos nossos encontros. Apesar de chorar continuamente, sentiu-se agradecida. Coloquei-me à disposição para ajudar, deixando agendado o próximo encontro.

Despediu-se, agradecida, prometendo voltar.

2º Encontro

Nesse encontro, Joana chegou mais calma, pediu-me desculpas por estar tomando meu tempo com seus problemas, quando a sala de espera estava cheia de pessoas aguardando.

Respondi que não precisava se preocupar, pois tínhamos tempo para conversar, sem que ninguém nos interrompesse, e que todos os fatos relatados seriam confidenciais.

Estava ansiosa, queria logo falar, disse que o que me contaria não era segredo para ninguém, todos a viam sempre chorando. Perguntei-lhe o que gostaria de me relatar.

Passou a contar sobre sua vida, quando morava sozinha, após ficar viúva. Era uma pessoa muito triste, mas realizava várias atividades: passeava, freqüentava a igreja, visitava as amigas, enfim, tinha liberdade para tudo. Não precisava tomar remédio para dormir, e quando se sentia triste, achava alguma coisa para fazer. Com a vinda de uma das filhas para Santa Maria, que é casada, decidiu, junto com o genro, comprar uma casa em sociedade e, a partir deste acontecimento, sua vida

tornou-se um inferno, pois como relata,

[...] meu genro bebe muito. Pensei que seria melhor, teria companhia!

Por alguns momentos, permaneceu calada, chorou.

Continuando a sua fala, relata que, quando o genro veio para Santa Maria, ainda trabalhava, mas quando se aposentou, passou a beber diariamente, e, no meio da manhã, vai para o bar e volta ao meio dia para incomodar; o mesmo acontece à tardinha, prolongando-se até a noite. “*Lá deixa todo o seu dinheiro!*” - diz ela.

Sua filha trabalha fora, e quando chega em casa, à tardinha, as brigas se intensificam, discutem muito e o genro, constantemente, a chama de “vagabunda”.

Não aceito isso, diz ela. “*Eduquei minhas filhas, elas não são vagabundas*”. Neste momento, percebi muita tristeza em seu rosto, quando disse:

[...] estou me sentindo desamparada, desassistida, mas com muito ódio dele.

Continuou relatando que recebe pensão, mas este dinheiro usa para pagar as despesas da casa, o dinheiro que a filha ganha destina-se para pagar as despesas da escola e da saúde das crianças, pois, freqüentemente, seus netos estão doentes. Tudo é muito difícil!

Após este relato, chorando bastante, perguntou-me o que poderia fazer, pois precisava de ajuda e não encontrava saída para o problema. Informou estar preocupada com sua saúde, só dorme à noite se tomar remédios.

Não vivo sem eles!

Perguntei o que usava anteriormente e quem prescrevia a medicação. Disse que fazia tratamento com uma médica psiquiatra e usava a Fluoxetina. Mas como

faltou dinheiro, abandonou o tratamento.

Após, reiniciou com uma médica psiquiatra do SUS, mas a médica demitiu-se e, novamente, abandonou o tratamento. A partir de então, procurou uma médica que atende a clínica geral e está usando diazepam (6 mg), do que faz uso até o presente momento.

Indignada com o comportamento do genro, perguntou porque quando bebia ficava tão agressivo. Procurei tranquilizá-la, explicando os efeitos do álcool no organismo e que tal comportamento era devido a esses efeitos, tranquilizei-a a respeito de sua preocupação com o que ele dizia sobre sua filha. “*O importante é o que sua filha é, e não o que ele fala*”. Percebi que não consegui convencê-la, sentia muito ódio do genro, pelo desrespeito com sua filha e com sua fragilidade.

Bem orientada, apesar de estar ansiosa e inconformada, declarou não saber mais o que fazer, falou que a filha já fez até registro policial, mas continua tudo igual, e o genro não vai embora, porque a casa também é dele.

Inconformada, pediu-me ajuda. Coloquei-me à disposição para ajudá-la, pelo menos ouvindo-a e compartilhando de seu momento. Saiu mais tranqüila, após agendarmos o próximo encontro.

3º Encontro

Neste dia, apesar de muito frio, no horário marcado ela estava lá. Trouxe balas e a metade de um bolo. Estava calma.

Desejei-lhe Bom-dia! Ela respondeu tranqüilamente. Aparentava estar mais tranqüila, e começamos a conversar, porém disse que não gostaria de falar de coisas tristes.

Expus o objetivo do nosso encontro, pois precisaríamos rever alguns fatos do último encontro, para podermos continuar. Identificamos, juntas, os problemas, e ela prontamente evidenciou o comportamento do genro, que é alcoolista, mas estava

preocupada com sua saúde, pois sentia constante dor no estômago e a pressão arterial, que não estava cedendo com a medicação. Declarou que gostaria de retornar ao tratamento com a psiquiatra, usar o remédio para a depressão, porque a que estava usando só servia para dormir. Orientei-a para continuar usando o diazepam, até providenciarmos encaminhamento.

Neste encontro, encaminhei-a para as atividades físicas do grupo de hipertensos. Aceitou e demonstrou contentamento, dizendo que só iria assistir, pois nunca fez ginástica na vida e só queria ver como era.

Desde o primeiro encontro, a paciente exibiu muita ansiedade em relação à situação familiar, preocupação com a saúde e com o isolamento social; procurei estabelecer um relacionamento terapêutico, ouvi-la atentamente, evitando fazer críticas e comentários.

4º Encontro

Como os encontros foram semanais, pude perceber uma mudança na maneira de visualizar os problemas, mas percebi, também, uma necessidade de encaminhamento e de resolutividade. Neste dia, Joana chegou na Unidade ansiosa, e logo que me visualizou, percebi lágrimas em seu rosto.

Fiquei muito preocupada! O que poderia ter acontecido! Não foi nada de tão grave, na minha percepção, mas para ela, uma pessoa tão fragilizada, foi muito significativo.

Cumprimentei-a e ela não respondeu, logo dizendo que perdeu a caixa com o nome e a dosagem da medicação que fazia uso para dormir. Foi mais uma perda que aconteceu. Tranquilei-a, informando que estava registrado no seu prontuário, e isso facilitaria nova prescrição médica, e percebi que se sentiu aliviada.

Perguntei-lhe como passara a semana. Ela respondeu:

[...] continuo precisando de ajuda. Se aquele homem não mudar vou matá-lo, e me mato também.

Procurei ouvi-la atentamente e interpretar a sua declaração, o seu pedido de socorro. Como estava paralelamente acompanhando sua filha e seu genro, procurei alertá-la (a filha) e encaminhá-la.

Percebi a importância de orientá-la sobre o alcoolismo, disse-lhe que antes de ser alcoolista, seu genro é um ser humano. Ele também sofre!

Diante da situação em que vive e de sua idade, é difícil entender, mas o meu papel era orientar, informar e esclarecer. Falei do alcoolismo como uma doença, que o seu uso compromete o corpo, as relações familiares. Assim como o alcoolista, a família também precisa ser ajudada e compreendida. Orientei-a para não discutir ou acreditar em suas palavras, quando sob o efeito do álcool, esta conduta só agravaria a situação.

Ouviu-me atentamente, e perguntou o que deveria fazer, quando o genro ficava agressivo. Diante dessa situação, orientei-a para procurar o Conselho Municipal de Idosos, pois queria orientação sobre os seus direitos. Providenciei o número, pois pensava que ela mesma deveria fazer este contato.

Na seqüência de nossa conversa, discutimos a sua participação nas atividades sociais e físicas do Grupo de Hipertensos. Hoje, só participa da consulta médica do grupo. Falei sobre os efeitos terapêuticos destas atividades.

Aceitou participar, mas acha que não vai conseguir fazer as atividades físicas. Encerrei este encontro acompanhando-a ao grupo para assistir e encorajá-la a participar.

5º Encontro

Neste encontro, percebia-a menos chorosa e mais sociável com as pessoas da

unidade. Estava bem vestida e comunicativa. Chegou tranqüila, sentamos e começamos a conversar. Lembrei-a de que naquele dia nós precisaríamos avaliar os nossos encontros e a possibilidade de continuarmos nos encontrando.

Ela declarou estar mais orientada e confortada. Aproveitei para falar do significado dos “problemas” nas nossas vidas, e que nós vivenciamos esses problemas de forma diferente, porque somos diferentes, e a intensidade do sofrimento vai depender da sensibilidade de cada um. Em relação ao problema com o genro, declarou que tinha vontade de resolvê-lo problema de qualquer maneira e a situação estava ficando insuportável.

Os encontros tornaram-na mais amparada, pedindo desculpas por trazer seus problemas. Estes cinco encontros foram significativos, apesar da proximidade entre eles, mas com esta paciente consegui dar encaminhamentos, tornando-a mais segura.

Foi encaminhada para atendimento médico psiquiátrico, atendimento clínico, participação no grupo e recebeu orientação do Conselho Municipal de Idosos. Foi encaminhada a uma assistente social, sendo orientada por ela a procurar ajuda no Fórum, na Vara de Família. Esta pessoa, apesar das crises depressivas e da angústia que refere, tem forças e procura ajuda.

5.1.2 Encontro com Marta

1º Encontro

Marta foi convidada para participar da prática, é filha de Joana e mora com a mãe.

Esposa de uma pessoa alcoolista, que também foi convidado para participar dos encontros. Chegou ansiosa, falando muito, perguntando o que estava acontecendo com sua mãe. Expliquei-lhe o motivo do “convite”, tranqüilizando-a.

Mesmo demonstrando entendimento, perguntou-me o que sua mãe estava aprontando, pois segundo sua percepção é “normal” sua mãe ser chorona – chora por qualquer coisa.

Perguntei-lhe se sabia porque sua mãe é chorona e está sempre triste? Se sabia que precisa tomar remédios para poder dormir? Já mais calma, disse que tudo o que a mãe sofria, ela sofria também, portanto não sabia como ajudá-la.

Pensativa, começou a chorar. Disse que não via mais saída para o problema que enfrentavam. Nesse momento, começou a relatar os fatos:

[...] sou casada com uma pessoa alcoólatra que, enquanto trabalhava bebia pouco, mas após a aposentadoria começou a beber diariamente. Hoje, a nossa vida virou um inferno, pois bebe, fica agressivo, diz palavrões, agride verbalmente a mim e a minha mãe. Eu já estou “acostumada” com o que ele diz, mas minha mãe não aceita. Já fiz registro na delegacia da mulher uma vez. Ele lá compareceu e continuou bebendo. Não sei o que fazer. Tenho vontade de ir embora com meus filhos, mas não posso pois a casa é nossa e da minha mãe, se eu sair ele fica incomodando.

Fez silêncio, e perguntou como poderia ajudar a mãe. Ciente da situação da mãe e os reflexos descritos pela filha, coloquei-me à disposição para ajudá-la, assim como estava fazendo com sua mãe. Precisaríamos trabalhar em conjunto para obtermos resultados. Neste primeiro encontro, solicitei-lhe que incentivasse a participação da mãe e do esposo nos encontros e a importância de agendarmos uma nova data para isso.

Comunicou-me que tem certa dificuldade de se ausentar do trabalho, não pode faltar, pois tem medo de ser demitida. Precisa do trabalho para ajudar a mãe financeiramente. Prometeu fazer um esforço para comparecer.

2º Encontro

Neste encontro, Marta pediu folga pela manhã e combinei prolongar a nossa conversa, se fosse necessário. Ela aceitou.

Perguntei se gostaria de relatar algum outro fato. Ela declarou que a família passa por diversas dificuldades emocionais e financeiras. Ela se sente muito responsável, tem sua mãe e dois filhos sob sua proteção. Mas o problema com meu esposo é o responsável por isso tudo. Não imaginava que teria que passar por todo esse sofrimento no casamento. Ele apresentava dois comportamentos, bem diferentes; quando não bebe é uma boa pessoa, mas quando bebe é muito agressivo.

Comecei falando sobre a doença, os comprometimentos e as formas de tratamento. De forma clara, procurei responder seus questionamentos e dúvidas. Destaquei a importância da sua disponibilidade e interesse para ajudá-lo. Orientei-a a evitar discussões com o esposo, quando alcoolizado, e a encaminhei para procurar ajuda nos Al Anon (alcoólicos anônimos), independente do interesse do esposo.

Em relação à sua mãe, evidenciei os problemas familiares e a responsabilidade que ela tem para com as pessoas que convivem com ela. Os problemas comprometem significativamente os sintomas depressivos, com isso evidenciando e potencializando a automedicação. Alerttei-a para o uso abusivo do diazepam, e os riscos da dependência, orientando-a para acompanhá-la na realização de um tratamento correto.

No final do encontro, agradeceu-me, pediu um tempo para repensar os problemas e ver a possibilidade de encaminhá-los. A dificuldade para se afastar do trabalho impede-a de se encontrar comigo seguidamente, mas pede para ser informada sobre sua mãe e seu esposo.

5.1.3 Encontro com Lúcia

1º Encontro

Lúcia é uma pessoa introvertida, triste, freqüentadora assídua da Unidade de Saúde. Faz controle da pressão arterial, apesar de estar controlada. Tem muito medo que volte a subir. Dedicar-se às tarefas domésticas. Relata que sempre gozou de boa saúde, mas com a doença do seu esposo, passou a ficar muito ansiosa. Casada, tem duas filhas, sendo que somente uma mora com ela. Dedicar-se ao cuidado do seu esposo, que sofreu um “derrame”. Informa ter pouca ajuda da sua filha, que precisa trabalhar e estudar.

Apresenta boa aparência, refere preocupação com o emagrecimento, diz não ter vontade de comer, não suporta o cheiro do alimento, não sabe porque isso está acontecendo. Informa estar muito preocupada com sua saúde, pois tudo começou após uma “crise de pressão alta”, por estar muito nervosa. Não faz uso de fumo e álcool, usa antidepressivo, sem respeitar orientação médica.

Perguntei porque usa antidepressivo e ela relata que o remédio fora prescrito por um médico neurologista, mas ela considerava que não fazia efeito, de modo que pensava que o médico não “acertava” a medicação.

Perguntei se outras pessoas na família apresentam ou têm história de depressão. Recorda que a sua mãe tomava remédio para dormir e uma tia usou remédio para morrer, mas aconteceu uma só vez, e continua fazendo tratamento até hoje, já sendo uma pessoa idosa.

A sua preocupação concentra-se na “ineficiência” do medicamento. Toma dois, três dias e não percebe melhora, refere náuseas e sente uma ‘coisa’ muito ruim na cabeça. Destaca que os únicos lugares que freqüenta são consultórios médicos e a Unidade de Saúde.

2º Encontro

Lúcia chegou ansiosa, referindo sentir dor de cabeça, solicitando para verificar a pressão arterial (120 x 70 mm/Hg). Constatei que existam outras causas para a extrema ansiedade manifestada. Continua alimentando-se mal e não dorme bem à noite. Está preocupada, porque precisa de ajuda e não sabe onde encontrar. Refere que o médico neurologista disse-lhe que está com depressão, mas não lhe falou mais nada. Preocupa-se porque, em alguns momentos, sente-se “fora do ar”, tem medo de sair e se perder na rua.

Percebi muita tristeza em seu rosto. Coloquei-me à disposição para orientá-la e ela disse que gostaria de saber o que é a depressão. Perguntei-lhe porque não fazia tratamento com um médico psiquiatra, ao que respondeu que acha que esse médico é indicado para pessoas “loucas”. E acrescentou: “Não sei se penso errado”. Orientei-a para trazer as prescrições médicas no próximo encontro.

Devido às queixas orgânicas referidas pela paciente, encaminhei-a para atendimento médico clínico.

3º Encontro

Neste encontro, ainda sem resultados de exames laboratoriais, chegou mais animada. Diz que continua alimentando-se pouco, mas está mais tranqüila e segura, procurou sua filha para conversar sobre sua vinda na unidade. Aproveitando a sua disposição, falamos sobre a depressão e o antidepressivo, da importância de um diagnóstico e de um tratamento adequado. Salientei a importância de participar mais das atividades sociais e estimular seu esposo para lhe fazer companhia, apesar de suas limitações, provavelmente isto lhe traria muita ajuda. Sugeri a sua participação nas atividades físicas junto ao Grupo de Hipertensos e para participar das atividades educativas e sociais do grupo. Acha que vai ser bom. Concordou em participar.

Disse que gostaria de me contar uma “coisa” e saber minha opinião.

Estou muito constrangida!

Pedi-lhe que contasse, pois estava ali para ouvi-la. Contou que está freqüentando um “Centro Espírita”, junto com uma amiga. Sente-se melhor, porque ouve e conhece novas pessoas. Respondi que cada um tem suas crenças. Tudo o que trazer satisfação e bem estar é bom para a saúde. A fé nos dá forças para vencer as dificuldades.

4º Encontro

Este encontro aconteceu seis meses após. Precisou cuidar do esposo que esteve internado. Tem sérias seqüelas de AVC (Acidente Vascular Cerebral). Encontrei a paciente mais confiante, relatou-me que sua filha levou-a a um médico e está usando outra medicação. Sente-se bem. Continua participando das atividades físicas sempre que pode, pois precisa cuidar do seu esposo, que depende muito dela. Em sua fala, percebi mais tranquilidade e menos preocupação. Continua, habitualmente, verificando a pressão arterial, este hábito mantém um vínculo com os profissionais de saúde da Unidade.

5.1.4 Encontro com Sílvia, familiar de Lúcia

1º Encontro

O encontro com a filha de Lúcia aconteceu após uma certa insistência. Ela justificou que o trabalho e o estudo ocupam o seu tempo, dificultando a sua presença na unidade.

Expliquei o motivo do convite, expondo a minha preocupação com sua mãe e o meu interesse em ajudá-la, mas precisava de sua cooperação. Perguntei-lhe como percebia o comportamento de sua mãe, ao que ela respondeu:

[...] tenho dificuldade para ajudá-la, ela é muito “fechada”, fala pouco sobre seus problemas! Não sabe quando e como ajudar, não pede ajuda.

Mencionei-lhe as situações preocupantes sobre sua mãe, como a insônia, o emagrecimento. Contei que está muito preocupada, porque desconhece a medicação prescrita pelo neurologista.

Informei-a que sua mãe fora encaminhada para atendimento médico e estávamos aguardando o resultado dos exames. Aproveitei para alertá-la sobre o quadro de sintomas depressivos que sua mãe vinha apresentando. Alertei-a para que desse um pouco de atenção a ela, pois se sentia sozinha e desinformada. Pedi ajuda para encaminhá-la a um médico psiquiatra, pois precisava rever o tratamento. Apesar de ser pouco comunicativa e pouco contribuir, prometeu-me acompanhá-la e incentivá-la a fazer outras atividades.

Na semana seguinte, Sílvia, por via telefônica, comunicou-me que sua mãe estava com consulta agendada com médico psiquiatra. Devido à internação do seu pai, faria contato posteriormente.

2º Encontro

Este encontro, seis meses após o primeiro, foi importante, porque trouxe informações valiosas. Sua filha relata que a mãe está fazendo tratamento médico corretamente, está mais confiante, apesar de continuar fazendo controles de pressão arterial continuamente, não havendo alterações significativas. Sente a necessidade de manter o vínculo com a Unidade de Saúde, apesar de estar sendo acompanhada por um médico particular.

5.1.5 Encontro com Fátima

Fátima é uma paciente atendida em uma Unidade de Saúde Pública de Santa Maria, onde reside há 20 anos. No momento do primeiro encontro, a paciente estava sentada com outras pessoas, aguardando para atendimento médico, sendo a mim apresentada por uma auxiliar de enfermagem da unidade, pois estava precisando conversar. Aguardei-a até que fosse atendida pelo médico.

Logo após, nos dirigimos a um consultório médico, no momento desocupado. Sentamos, ela perguntou se tinha um copo de água, trouxe-lhe e ela a tomou calmamente. Depois, falou que estava “pronta”. Iniciamos a conversa, explicando o objetivo desse encontro.

Disse-lhe que gostaria de estar conversando com ela, com o objetivo de ajudá-la, se possível já neste encontro, mas que me colocava à disposição para outros. Perguntei-lhe se ela concordava, ao que respondeu:

[...] sim, eu preciso conversar, está muito difícil continuar assim, preciso de ajuda.

Inicialmente, disse-lhe que gostaria de a conhecer melhor. Seguindo o roteiro (Apêndice B), procurei investigar subsídios necessários para a intervenção.

Fátima informa ter 53 anos de idade, apesar de sua aparência denotar menos idade. Viúva, possui apenas um filho adotivo. Informa fazer tratamento médico para osteoporose, hipertensão arterial e depressão. Relata que na família há vários casos de hipertensão e depressão, inclusive com casos de suicídio.

A paciente mostrou-se comunicativa, não apresentando queixas de problemas respiratórios, com Pressão Arterial de 140 por 90 mm/Hg, tinha boa aceitação alimentar, conforme a orientação médica de dieta hipossódica e hipolipídica, dizendo ter bons hábitos de higiene. Suas atividades concentram-se apenas no cuidado da casa, realizando também caminhadas, quando “está bem”, segundo

orientação médica. Frequentemente, tem insônia, conseguindo dormir quando toma medicação. Frequente atendimento médico ginecológico rotineiramente, devido à necessidade de reposição hormonal. A Paciente apresenta boa memória, lucidez, mas aparenta ter um comportamento desesperançado, fala apropriada e afeto deprimido.

Agradei-lhe as informações e me coloquei à disposição para ouvi-la, sobre o que gostasse de falar. Ela relatou o seguinte:

[...] há aproximadamente um mês, minha mãe faleceu, estava morando comigo nos últimos seis meses. A partir do momento em que voltei para Santa Maria, após o enterro, não consigo ficar mais sozinha em minha casa, pois parece que ela está sempre ao meu lado, pedindo ajuda. À noite perco o sono, e como fico sozinha (meu filho trabalha à noite), parece que ela está sempre sentada ao meu lado.

Perguntei-lhe por que ela pensava que aquilo estava acontecendo, obtendo a seguinte resposta:

[...] eu estou me sentindo culpada, pois quando o acidente aconteceu nas escadas da área de minha casa, foi porque eu não a ajudei, mesmo sabendo que ela não conseguiria carregar a cadeira sozinha.

Investiguei qual havia sido mesmo a causa da morte da mãe, obtendo como resposta o que segue:

[...] olha, a história é muito longa, mas vou resumi-la. Durante a queda, minha mãe sofreu uma fratura no fêmur. Como eu não tinha condições de cuidá-la sozinha, levamos, eu e minha irmã, para São Vicente, para que pudéssemos cuidá-la... tinha mais familiares. Lá, ela esteve internada, mas como já era idosa, faleceu de uma infecção respiratória, não sendo possível fazer a cirurgia.

Questionei se ela não achava que havia sido um acidente e por que se sentia tão culpada. Ela ponderou:

[...] olha, enfermeira. A verdade é que este é mais um acontecimento triste em minha vida. Tudo o que acontece é muito difícil, sempre foi assim.

Incentivei-a a falar mais sobre sua vida e ela começou a chorar. Coloquei a mão sobre a sua mão e mantive silêncio. Após o choro, ela retomou a conversa, dizendo:

[...] desde meus dezessete anos eu venho sofrendo. Ultimamente, não lembro há quanto tempo, estou fazendo tratamento para depressão, tenho medo de piorar. Já perdi um irmão que “se matou”. Parece que esta doença persegue a minha família.

Eu confio muito em Deus, mas não sou de ir a Igreja. Atualmente estou freqüentando um “Centro Espírita”, parece que está me ajudando.

Ouvindo-a perguntei se ela gostaria de continuar a conversa naquele dia ou se preferia marcar um novo encontro. Ela comentou que sua história era muito longa, e se no dia seguinte podia recebê-la. Disse-lhe que estaria à sua disposição e agendamos o horário, pois ela viria colher material para exames no laboratório da unidade.

Resolvi aproveitar os minutos que nos restava para conhecer um pouco mais sobre sua saúde, registrando em seu prontuário, conforme o instrumento em anexo.

Fátima relatou fazer uso de várias medicações. Entre elas, anti-hipertensivo, anti-inflamatório, analgésicos, hormônios, “medicação para dormir” e antidepressivo. Disse que

[...] o médico pediu para eu caminhar, é a única coisa que posso fazer. Sinto muita dor no corpo. Faz tempo que estou com osteoporose.

Refere alimentar-se adequadamente, quando “está bem”, mas freqüentemente não tem vontade de comer. Não realiza atividade física por orientação médica, mas

quando pode realizar seus afazeres domésticos, limpa a casa, vai ao supermercado, à farmácia e onde for necessário, para ocupar o seu tempo. Só consegue dormir, quando toma o remédio, mas mesmo assim, freqüentemente, acorda pela madrugada. Preocupa-se muito com o futuro, só tem um filho e ele pode ir embora. Gostaria de realizar uma atividade voluntária, para o tempo passar mais depressa. Não é tabagista e nunca fez uso de bebidas alcoólicas. Usa medicação, conforme orientação médica, sempre que possível, e, quando necessário, usa medicação para dor e mais remédio para dormir.

Ao exame do estado mental, a paciente apresenta-se lúcida, com manifestações depressivas e, apesar da constatação de problemas orgânicos significativos, percebe-se uma tendência à hipocondria. Comunica-se claramente, apresenta uma conduta adequada e uma boa memória. Marcamos um segundo encontro para o dia seguinte, no mesmo local e um pouco mais cedo, ou seja, às 9 horas.

No dia seguinte, novamente nos encontramos. Após submeter-se a uma coleta de sangue para realizar exames de rotina, nos encontramos no mesmo local. Sentou-se, e parecia estar tranqüila. Ofereci um chá com bolachinhas. Ela tomou calmamente, e me agradeceu. Depois, falou:

[...] então, vamos continuar a conversa?

Após nossa conversa de ontem, como passou, perguntei-lhe. Ela respondeu:

[...] eu precisava e continuo precisando conversar. Minha história de vida foi e continua sendo muito complicada. Mas sai daqui mais leve. Quando a gente consegue conversar com alguém que pode escutar parece que fica mais fácil.

Eu vou começar do início, para que possas me entender. Quando eu era muito jovem, aos dezesseis anos, me apaixonei por um rapaz, filho de um fazendeiro, vizinho dos meus pais. Como nossa família era pobre, os pais dele não aceitavam o namoro. Passamos a namorar escondido. Após um tempo, engravidei, mas como não podia ter o filho, eu era muito jovem e pobre, jamais meus pais iriam me aceitar, muito menos os pais dele.

Quando descobri, contei para uma amiga e ela levou-me a uma senhora que fazia aborto. Não contei nada à minha família, nem para ele.

Para mim foi muito difícil, eu não podia falar nada para ninguém. Por um tempo, procurei me afastar dele, sofri muito. A partir deste acontecimento, como passei a vê-lo menos freqüentemente, começou a namorar uma moça, filha de fazendeiros, era o que os pais dele queriam. Não namorei mais ninguém, procurei evitá-lo para não sofrer, mas era impossível não encontrá-lo, pois morávamos quase próximos. Após um período de namoro, casou-se e foi morar na cidade. Certo dia nos encontramos, conversamos e ele confessou-me que ainda pensava muito em mim e que o casamento não ia bem. Após esse encontro, outros encontros aconteceram e novamente engravidei. Sozinha, solteira e grávida de um homem casado, foi terrível, relatou ela. Pela segunda vez, procurei a mesma pessoa para fazer aborto. Só que desta vez foi muito complicado, tive hemorragia, perdi muito sangue. Tive medo de morrer. Procurei um médico, ele imediatamente me internou e após exames comunicou-me que eu precisava me submeter a uma cirurgia. Teria que tirar tudo.

A paciente chorou bastante. Fiquei junto a ela e ofereci um pouco de água. Mais calma, retornamos à conversa.

Eu nunca tive a oportunidade de vivenciar esse momento. Eu sempre chorei sozinha. Mas eu quero te contar tudo, expressou ela. O médico fez uma histerectomia e eu não mais pude engravidar. Tempos após, conheci outro rapaz e casei-me. Contei a ele que não podia ter filhos, mas não contei os motivos, ele era muito bom para mim, eu aprendi a gostar dele. Algum tempo após o casamento, resolvemos adotar um filho, só que registramos em outra cidade como filho legítimo. Nunca fiquei tranqüila, com medo de alguém descobrir e eu perder o menino. Alguns anos após, meu marido faleceu em um acidente com o caminhão em que viajava. Fiquei sozinha com o meu filho, mas com condições econômicas suficientes para viver bem, eu nunca tive emprego. Tinha casa e uma boa pensão que recebo até hoje, meu marido tinha um bom emprego, destacou ela.

Outro sofrimento sério que vivenciava, segundo ela era a perda da sua casa. Há cinco anos fui avalista de uma das minhas irmãs, e ela não pagou o aluguel da casa onde morava, e como a dívida acumulou e ela não tinha dinheiro suficiente para pagar, vendeu a casa e veio morar em Santa Maria. Hoje, depende de estranhos, quando precisa de avalista, e mora em casa alugada.

Refere muita preocupação com o filho, contando que, quando passou no vestibular, passou a trabalhar à noite, para ajudar a pagar as despesas da casa. Em seguida, relatou:

[...] quando eu pensei que a nossa vida estava mais sossegada, meu filho teve depressão, abandonando o curso que freqüentava (filosofia), e começou a fazer uso de bebidas alcólicas (bebia em casa quando chegava do trabalho).

Dorme o dia todo. Procuo conversar muito com ele. Disse-me que começou a sofrer muito, quando contei a ele que ele era filho adotivo. Isto aconteceu quando tinha quinze anos, hoje ele tem vinte e três anos. Vivemos assim, eu faço tratamento para depressão, e ele, além de depressão, tem síndrome do pânico, mas não faz o tratamento, porque trabalha como garçom em uma danceteria, e como faz uso de bebida alcóolica tem medo de misturar o medicamento com a bebida. É muito difícil, eu não tenho conhecimento para ajudá-lo.

Por segundos permaneceu calada, continuando seu relato em seguida.

A vida toda eu errei. Por isso é que sofro. Sinto muita culpa, acho que sou responsável por isso tudo. Preciso de ajuda, preciso falar, contar tudo, quantas vezes for necessário. Sinto um peso muito grande.

Coloquei-me à disposição para voltar a conversar. Informei o número do meu telefone, pedi que me ligasse, poderia ir até a sua casa. Dois dias após, no início da noite, ela ligou, convidou-me para ir à sua residência para tomar um chá com bolo. Gostaria que eu conhecesse seu filho.

Marquei com ela às 16 horas, na próxima tarde. No horário marcado, cheguei em sua casa. Ela já estava esperando, juntamente com seu filho. Conversamos sobre vários assuntos. Perguntou dos meus filhos, do meu trabalho, enfim conversamos bastante.

Após o chá, seu filho pediu-me licença, pois precisava chegar no trabalho mais cedo. Convidou-me para voltar outras vezes.

Permaneci mais um tempo conversando com a paciente, contou-me que

estavam procurando um apartamento mais no centro da cidade, dessa forma tentando apagar um pouco a imagem de sua mãe. Está difícil continuar nessa casa, argumentou ela.

Nosso último contato aconteceu por telefone. Estava comunicativa, referiu muita dor no corpo, pois havia lavado as cortinas, estava preparando-se para a mudança. Prometeu-me ligar, quando estivesse na casa nova.

5.1.6 Encontro com João

1º Encontro

No primeiro encontro, João chegou indiferente, parecia desinteressado, mas sabia, segundo informou, porque fora convidado. Percebe que sua sogra não está bem. Anda muito nervosa, acrescentou ele.

Perguntei como sabia porque o havia convidado Respondeu-me que achava que era porque bebia e isso incomodava a família.

Relatou ser tabagista e etilista, bebendo diariamente. Informou que trabalhara em uma empresa de ônibus como motorista. Aposentou-se há um ano e, a partir desta data, não exerce outra atividade, não procurou outro emprego. Acha que já trabalhou muito, precisa descansar.

Na sua história pregressa e familiar, informa que outras pessoas da família também bebiam, entre eles seu pai, um irmão, que faleceu de uma doença do fígado e o outro em um acidente de trânsito, quando estava alcoolizado. Está com 56 anos, e, mesmo fazendo uso do álcool há bastante tempo, nunca buscou tratamento para parar de beber, apenas usa medicação quando tem dor de cabeça e de estômago.

Percebi que estava ansioso, apresentava tremores nas mãos, esfregando-as constantemente, controlando o relógio. Percebi pouca vontade para falar, e

aproveitei este encontro para conversar com ele sobre o alcoolismo, falei sobre a doença, as complicações do uso abusivo do álcool, principalmente o comprometimento familiar e social que visivelmente foi percebido por ele.

Pensativo, demonstrou preocupação, dizendo que não gostava muito de falar sobre o assunto, mas estava preocupado com os problemas da família, principalmente com os problemas financeiros.

Não foi agendado um novo encontro, pediu-me um tempo. Mantive contato com seus familiares (sogra e esposa), facilitando um vínculo. Como qualquer iniciativa para tratamento depende do paciente, continuo aguardado um retorno.

5.1.7 Encontro com Jorge

Sr. Jorge é um trabalhador no setor de obras, e, como funcionário público municipal, reside há quatro anos sozinho nas dependências de uma Unidade de Saúde de Santa Maria, como zelador da mesma. No ano de 1999, durante as atividades práticas da disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto II, na qual sou docente, ele me foi encaminhado por colegas da Unidade, por estar fazendo uso abusivo de bebida alcóolica, expondo-se continuamente a riscos de sofrer queimaduras, pois, sob efeito do álcool, esquecia de desligar o fogão, provocando pequenos incêndios.

Nesse período, realizamos vários encontros, mas já no primeiro foi encaminhado para atendimento médico, para avaliação e continuidade do tratamento para hipertensão, pois continuava com a pressão alta. Foram solicitados pelo médico vários exames. Entre eles, hemograma, eletrocardiograma e outros. Por meio do hemograma, detectou-se a presença de anemia, sendo orientado tratamento.

No segundo encontro, referiu não estar conseguindo ficar sem usar o álcool, pois já estava dependente. Referiu que gostaria de ser internado para desintoxicação. Foi uma decisão voluntária. Neste encontro, fizemos contato com o

ambulatório da Unidade Psiquiátrica do Hospital Universitário de Santa Maria e agendamos uma consulta para o dia seguinte. Com a liberação de um leito, na Unidade de Desintoxicação Química, levamos o paciente e, após avaliação pelo psiquiatra, foi internado e lá permaneceu por sete dias. Após a data, continuamos acompanhando a continuidade do tratamento e incentivamos a sua participação no grupo de AA (Alcoólicos Anônimos), no ambulatório da própria Unidade. Por um ano, perdi o contato com ele. Ao planejar as atividades da prática assistencial, localizei-o e solicitei seu encaminhamento para a continuidade da assistência.

1º Encontro

Jorge prontamente aceitou o convite e demonstrou agradecimento por eu ter lembrado dele, pois é uma pessoa solitária, não recebendo apoio que precisa da família.

Refere que é filho de alcoolista, que tem dois irmãos vivos dependentes de álcool, sendo que um faleceu em consequência da droga. Relata que nenhum dos irmãos procurou e aceitou ajuda para parar de beber. As internações aconteceram por problemas orgânicos.

Ao exame físico, apresenta boa aparência, continua emagrecido, refere não se alimentar corretamente, continua hipertenso, com Pressão Arterial de 170 por 100 mmHG, usa medicação, mas sem continuidade. Encaminhei-o para o Grupo de Hipertensos da Unidade Sanitária. Continua fazendo uso “esporádico” do álcool, pois abandonou o grupo de Alcoólicos Anônimos.

Demonstrou tristeza, quando falou que foi abandonado pela esposa, apesar de continuar casado e morar com a filha, mas acha que está sempre incomodando.

Sua esposa só lembra dele, quando recebe o salário mensal. É uma pessoa solitária, tem uma aparência triste. Jorge isola-se dos seus colegas de trabalho, que fazem de tudo para ajudá-lo. Precisa ser estimulado para o tratamento. Foi

encaminhado novamente para atendimento clínico e reorientado para participar do grupo AA.

2º Encontro

Chegou após o horário agendado, pois estava trabalhando. Estava contente, porque a filha aceitou vir na Unidade de Saúde para conversar. Verifiquei seu peso e sua pressão arterial, orientando-o para fazer uso de uma alimentação mais saudável. Informou que retornou, junto com um colega de trabalho, para participar do Grupo de AA (Alcoólicos Anônimos). A partir deste encontro, combinamos nos encontrar todas as quartas-feiras nas atividades do grupo.

5.1.8 Encontro com o familiar de Jorge

Regina chegou ao encontro tranqüila e estava demonstrando interesse em ajudar o pai. Não sabe muita coisa sobre alcoolismo, mas sofre por não poder ajudar. Conhece toda a trajetória e não se conforma com o desinteresse que a mãe teve pelo pai. Diz que a mãe sempre quis o dinheiro dele. Para a mãe, o pai é um “bêbado”, mas eu tenho certeza que ele não é assim, pois todo o dinheiro que ganhava era para nos ajudar. Informou que o irmão sempre se sensibilizou com a vontade que o pai tem para parar de beber, só não sabe como ajudar.

Após o relato, falei sobre o alcoolismo, as complicações e as alternativas terapêuticas, salientei-lhe que o pai dela era doente e, por isso, precisava de ajuda. Informei-lhe que seu pai fora encaminhado para o clínico geral e para os Alcoólicos Anônimos, e que gostaria que ela participasse com o pai para motivá-lo, pois se sente sozinho. Alertei-a para incentivá-lo para controlar a pressão arterial e estimular o consumo de uma alimentação saudável.

Combinamos manter contato para motivá-lo a continuar o tratamento.

Como em todo o trabalho em que se entra em contato com pessoas, principalmente se estas estão passando por situações difíceis ou até mesmo sem dignidade, não é possível estar sempre no papel de profissional. E nem poderia ser, conforme preconiza Travelbee. Assim, durante todo o processo, procurei efetivamente estar atenta para ouvir, pois esta é uma condição primordial para criar laços terapêuticos.

Os problemas com os quais se trata na área de Saúde Mental, cotidianamente, são muito parecidos com os relatados. São situações em que se pode sentir a condição humana em cada momento, com os sinais da ignorância, do abandono, do sofrimento, da vontade de reviver.

Por isso, a intenção inicial de promover a sistematização do processo de enfermagem junto destes pacientes foi fortalecida, embora, após a experiência com Travelbee, ter sentido mais profundamente o quanto os profissionais de enfermagem se acostumam a viver seu cotidiano sem uma reflexão mais engajada com o cuidado.

Mesmo assim, ainda que soubesse que iria encontrar dificuldades estruturais e funcionais no local de trabalho, busquei concentrar-me no esforço de apresentar estratégias que pudessem ajudar na implantação da sistematização da Enfermagem de Saúde Mental.

No entanto, antes de apresentar tais possibilidades, senti necessidade de avaliar o processo de aplicação da proposta de Travelbee, embora concentrando-me em alguns de seus conceitos, o que será apresentado no próximo capítulo.

6 AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DA ESTRATÉGIA

Para realizar a prática assistencial foi criada uma metodologia que serviu como suporte, para efetivamente caracterizar a assistência de enfermagem. Embora tenha criado um instrumento para auxiliar no processo, percebi que parte dos passos em sua utilização com pacientes usuários da unidade de saúde pode ser dispensável, pois já possuem parte de sua história registrada em prontuário.

Outro registro importante deve-se à aplicação da Teoria de Joyce Travelbee, bem como do processo de enfermagem, pois, por tratar-se de uma atividade planejada e com objetivos definidos, foi valorizada a presença voluntária dos pacientes, a disponibilidade dos familiares, procurando resgatar todas as informações por meio do instrumento, seguindo os passos metodológicos.

Vale ressaltar que todo o encontro foi extremamente valorizado, centrando-se no conteúdo trazido pelo paciente. Inicialmente procurei não introduzir nenhum tema ou conceitos pessoais. Assim, os pacientes e familiares foram colocando o seu problema, as informações sobre sua pessoa, seus sentimentos, suas expectativas, suas crenças, conforme foram sentindo necessidade de fazê-lo. Em alguns momentos, foi necessário reconduzi-los aos objetivos propostos.

Todos os pacientes tiveram boa adesão à prática, apesar dos compromissos com o trabalho e com a família.

Previ a realização de cinco encontros, para poder efetivamente desenvolver a proposta, sendo possível apenas com duas pacientes, o que, na verdade, não foi obstáculo para alcançar os objetivos com as demais, pois não é a quantidade de

encontros, e sim a possibilidade de oportunizar um momento terapêutico que pode fazer diferença. E a possibilidade de que novos encontros sejam possíveis, faz com que o paciente demonstre mais confiança contribuindo com a interação.

Travelbee (1979) afirma que as enfermeiras comprometidas na relação pessoa-a-pessoa compreendem o poder do vínculo pessoal e agem como facilitadoras, interessadas em ajudar os outros a se ajudarem.

Os aspectos que considerei como agravante, na prática, foi a inexistência de um serviço de saúde mental estruturado, público, com fácil acesso para referenciar os pacientes, quando houve necessidade de encaminhamentos, e a inexistência de uma sala adequada para os encontros com isso contribuindo para que, em alguns momentos, aumentasse a ansiedade dos pacientes, devido à necessidade de utilização das salas por outros profissionais, tornando um momento restrito e com riscos de interrupções.

Quanto ao método utilizado, é importante lembrar que o processo de Enfermagem, segundo Smeltzer e Bare (1998), é um sistema deliberado para identificação e resolução dos problemas de saúde, no sentido de atender o paciente e as necessidades de Enfermagem, dessa forma considero que, como exercício, foi satisfatório, tendo em visto a obtenção de dados sobre a patologia e possíveis problemas a ela relacionados, visto que a utilização dessa metodologia requer tempo e conhecimento suficientes para a elaboração da assistência de enfermagem para os diversos pacientes conforme suas necessidades e de forma individualizada, mas que ao ser sistematizada deverá facilitar consideravelmente o trabalho. Considero que o uso do processo de enfermagem de forma sistematizada é um mecanismo útil para a estruturação da assistência, contribuindo para que o enfermeiro desempenhe suas funções com mais autonomia.

O processo de enfermagem é sistematizado em etapas, iniciando pela avaliação, diagnóstico e planejamento dos cuidados de enfermagem, mas é por meio do diagnóstico que, em 1990, a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) aprovou um julgamento clínico às respostas do indivíduo, da família ou

comunidade aos problemas de saúde, proporcionando base para as intervenções de enfermagem.

Como propostas na utilização do instrumento de avaliação, sugiro aproveitar previamente informações contidas no prontuário, tendo em vista que o objetivo deste trabalho é a criação de estratégias para o atendimento dos pacientes que freqüentam a Unidade Básica de Saúde, pois tem registros de sua história, propiciando bom uso do tempo disponível.

Importante enfatizar que em Saúde Mental cada momento da interação é valioso e fundamental no diagnóstico e, segundo Rodrigues (1993), a interpretação correta da mensagem valoriza a ajuda terapêutica. Devemos, pois, interpretar corretamente não somente ao intelectual, mas o conteúdo emocional da mensagem, associado às comunicações não verbais. O objetivo da abordagem não pode centrar-se apenas em um roteiro. Falhas na interpretação da mensagem, segundo Travelbee (1979), devem-se a falta de conhecimento do paciente, a respeito de sua doença, a incapacidade para identificar sinais e sintomas e a omissão da enfermeira em verificar a exatidão na interpretação das mensagens, pois conclusões precipitadas causam erros que podem prejudicar seriamente alguns pacientes. A validação da interpretação da enfermagem junto ao paciente e sua família torna-se essencial.

Apresento, a seguir, alguns passos que penso serem essenciais para a implementação de sistematização da assistência, e que entendo serem fundamentais num processo de mudança.

6.1 Criação de um ambiente próprio para a consulta de enfermagem

Na opinião de Travelbee (1979), um fator fundamental que influi na relação enfermeiro-paciente, é o ambiente em que se produz a relação. Este é o verdadeiro laboratório clínico da enfermagem, portanto, para que a idéia seja implementada, é necessária **a criação de um ambiente próprio para a consulta de enfermagem,**

que possa proporcionar ao paciente tranquilidade, conforto, segurança, permitindo um espaço para que ocorra uma relação empática facilitando a permissão para falar, chorar, etc.

Este espaço tem por objetivo a continuidade da assistência, sem pressa e sem interrupções.

6.2 Capacitação profissional

Outro ponto importante na implementação refere-se a **capacitação profissional**, proporcionando ao enfermeiro o conhecimento técnico-científico para os cuidados ao paciente (importância do uso da metodologia, conhecimento de Teorias da Enfermagem, capacitação), contribuindo para o bom desempenho por meio do relacionamento interpessoal, valorizando o contato pessoal e sobretudo acreditando na importância de sua intervenção.

Para Travelbee (1979, p. 8), “numa relação de ajuda, a intervenção seria inadequada ou nula se o resultado de uma interpretação estiver incorreta”.

6.3 Sensibilização do profissional para possibilitar que o paciente realize um vínculo com um dos profissionais do serviço

Quanto à implantação dessas estratégias, basicamente seria necessário, também, além da adequação de espaço físico com a criação de uma sala própria para os encontros, a **sensibilização do profissional** para este atendimento, priorizando em todas as Unidades de Saúde como o primeiro atendimento, para **possibilitar que o paciente realize um vínculo com o serviço** e facilitando o encaminhamento aos demais serviços de saúde.

6.4 Capacitação para aprender a ouvir terapêuticamente

A participação da enfermeira como terapeuta baseia-se em usar a arma mais poderosa nas relações interpessoais: **aprender a ouvir**.

Rodrigues (1986) diz que, quando conseguimos ouvir as mensagens, torna-se possível perceber que a solução está nas mãos da própria pessoa. O que temos a fazer é ajudá-la a verbalizar, a analisar as alternativas já tentadas, a procurar novas alternativas, analisar os possíveis prós e contras e incentivá-la a experimentá-las e analisar as conseqüências de seus atos.

6.5 Criar espaços para a participação da família

A **participação da família** é fundamental na avaliação da situação, identificando fatores causadores e contribuintes, permitindo o compartilhar dos sentimentos, enfatizando a responsabilidade com o cuidado, dando apoio educativo e instrumental bem como enfatizando a necessidade de proteção à saúde, equilibrando o trabalho, o lazer, o sono, a nutrição, o direito e proporcionando um espaço terapêutico, apoiando-a na solução dos problemas e na manutenção da integridade dos seus lares.

Portanto, a implementação dessa estratégia fundamenta-se numa **assistência baseada na acolhida, na humanização e no estabelecimento do vínculo** com os usuários, como princípio norteador da Saúde Coletiva e do SUS, com o propósito de respeitar o direito a uma assistência digna de saúde.

6.6 Estímulo e sensibilização para a mudança

Para que esta proposta se efetive, **os profissionais precisam de estímulos**

para se sensibilizarem para a mudança e, principalmente, perceber que esta necessidade é visível em nosso sistema de saúde (tanto público como privado).

6.7 Reflexão com os gestores sobre a importância das mudanças preconizadas

Importante lembrar que todas **as propostas de mudanças devem ser discutidas com os gestores, diretores e coordenadores de programas**, principalmente quando envolvem recursos humanos e financeiros.

Embora o processo não tenha sido inovador, destaque nas palavras de Oliveira (2001), que no mundo chamado “globalizado” os profissionais de Enfermagem necessitam de um novo estímulo profissional, para se tornarem mais capacitados dentro do mercado de trabalho, pois a sobrevivência deste profissional em muito dependerá de suas habilidades e de suas qualidades profissionais, pois, em um futuro não muito distante, os pacientes farão a distinção de profissionais competentes e éticos, o que pode ocorrer por meio de uma filosofia de trabalho sustentada por um marco conceitual que se ajuste aos padrões de assistência desejada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivida na Unidade de Saúde, como requisito da Disciplina de Prática Assistencial, proporcionou-me ampliar os conhecimentos sobre a minha pessoa e sobre o ser humano depressivo e alcoolista, objeto desta proposta.

Durante a realização deste trabalho, encontrei dificuldades que são comuns no setor público. Entre elas podemos destacar: falta de recursos para a melhoria dos espaços físicos das Unidades de Saúde, baixa remuneração dos profissionais com isso tendo que dividir sua dedicação com outro emprego reduzindo desta forma seu empenho com a clientela que procura o Sistema Único de Saúde, diminuindo o vínculo e o comprometimento profissional com o trabalho e automaticamente com a pessoa que procura ajuda independente da forma que isso acontece.

Embora a prática represente uma micro-ação dentro de um contexto representativo das Unidades de Saúde no contexto de uma população de mais ou menos 250.000 habitantes, onde as dificuldades são grandes e numerosas, este trabalho mostra uma possibilidade concreta de se fazer mais, reconhecer e sistematizar o que já se faz, no sentido de diminuir o sofrimento dessas pessoas, criando-se oficialmente este espaço para diminuir o sofrimento vivenciado no dia-a-dia. Durante os encontros percebi que o momento oportunizado ao paciente, teve para ele um significado muito grande, pela criação do vínculo e a possibilidade de continuidade.

Conviver com este grupo de pacientes foi uma experiência enriquecedora e difícil de avaliar a curto prazo os efeitos produzidos. Cada encontro foi único e que

contribuiu para a riqueza das situações vivenciadas.

Considero como opção ética, decorrente da compreensão do problema, a necessidade de promover a inclusão desses usuários nas unidades básicas, através da Assistência de Enfermagem em Saúde Mental individualizada, disponibilizando ao paciente informação, orientação, cuidado e encaminhamento a diferentes modalidades de vínculos terapêuticos. Uma estratégia a ser estimulada é a construção coletiva dessa proposta, envolvendo a equipe de profissionais da unidade, bem como sensibilizar os gestores da importância dessa iniciativa, pela disponibilização do Enfermeiro para um conjunto articulado e integrado de ações e serviços preventivos, com o objetivo de facilitar o acesso a informação e a orientação, bem como espaços potencializadores de um desenvolvimento integral ao cidadão (lazer, esporte, cultura) ou seja, estimular, com a ajuda do enfermeiro, o resgate e o fortalecimento dos laços do cidadão com seu meio social (afetivos, profissionais, entre outros), de forma responsável, ampliando os compromissos do indivíduo em relação a si mesmo e a comunidade onde vive.

7.1 Da experiência com Travelbee

Trabalhar com uma teoria de enfermagem foi importante, pois facilitou a compreensão do processo. A vivência profissional possibilitou-me perceber a constante procura de ajuda e a teoria de Travelbee pressupõe que a enfermeira deva ser capaz de proporcionar a assistência que o paciente está necessitando. Para que isto seja possível, faz-se necessário que antes a enfermeira desenvolva a sua percepção através do enfrentamento de experiências de dor e sofrimento.

Os princípios, pressupostos e a metodologia de Travelbee permitem ao profissional ampliar sua visão para, além das necessidades biológicas, as necessidades emocionais e espirituais do ser humano, portanto percebendo o significado do sofrimento.

A disponibilidade transmitida pelo terapeuta transparece no olhar, pelos gestos, pelas palavras e pela expressão corporal de tal maneira que o paciente sinta que é importante. Travelbee através de suas palavras mexe de certa forma com o modelo tecnicista, rigidamente centrado em normas e rotinas, sugerindo o uso dos sentimentos e emoções, numa prática mais efetiva, do “eu terapêutico”.

Tendo como meta o cuidado, penso que ele não deva ser de maneira isolada, mas inserindo a família e a equipe multiprofissional, disseminando a proposta humanística de Travelbee e considero com bastante interesse as conseqüências, enfocando a dimensão existencial como um todo e priorizando o cuidado no “ser-com-o-outro”.

Diante da oportunidade de realizar este trabalho, penso que é necessário que a Saúde Mental seja repensada e discutida com a equipe de enfermagem, de maneira que os profissionais a exerçam com compromisso e autenticidade, possibilitando, a pessoa que o requisita, um espaço de ajuda e informação para diminuir a angústia que envolve este ser humano, o que ultrapassa, a meu ver, a visão mecanicista e dualista do indivíduo.

Neste contexto, precisa existir a compreensão humana do cuidar, que sinaliza para a escuta autêntica, para a singularidade de cada um, para humanizar o humano.

Diante de tais constatações, considero importante que as instituições formadoras, e aí me incluo, incitem no ensino e na prática de seus futuros profissionais um comportamento fundado na afetividade, no cuidado, na afetividade, no cuidado mais humanizado, no toque e no ouvir, preocupando-se com o desenvolvimento humano dos alunos, em extensão ao corpo docente para que estes, em seu cotidiano, se sintam valorizados e reconhecidos, reproduzindo essa relação inerente a condição humana.

A proposta demonstra ser possível, para que o trabalho do Enfermeiro seja fundamentado em uma teoria, desde que seus pressupostos sejam compreendidos e que seus conceitos possam ser adaptados.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBESTURY, Arminda; KNOBEL, Maurício. **Adolescência normal**: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

ALMEIDA FILHO, N. *et al.* Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras. **Revista ABP-APAL**, Brasília, São Paulo, Porto Alegre, v. 14, n. 3, p. 93-104, 1992.

ANDOLFI, L. **A terapia familiar**. Lisboa: Veja, 1980.

BEE, Helen. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 224**. Diário Oficial da União (DOU), de 30 de janeiro 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216**, abril 2001.

BUCHER, Richard. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

CARLINI, E. A.; CARLINI-COTRIM, Beatriz. **A preponderante participação do álcool nas internações por dependência e por psicoses**. 1995.

CARLINI-COTRIM, B. *et al.* A mídia na fabricação de pânico de drogas: um estudo no Brasil. **Comunicação e Política**, n. 1/2, p. 217-230, 1995.

CARVALHO, Valdecir F. C.; FERNANDEZ, Maria E. D. Depressão no idoso. In: PAPALETTO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

CENTRO Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID. São Paulo, n. 32, mar. 1998.

COMISSÃO Nacional de Saúde Mental. **Termos de Referência para a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental**.

CORMILLOT, Alberto. **Beber e no beber:** esa es la cuestion? Buenos Aires: Paidós, 1992.

CRUZ, Ana Santa. Vencendo a depressão. **Revista Diálogo Médico**, abr. 2002.

DELGADO, P. G. No litoral do vasto mundo: Lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica. In: VENÂNCIO, Ana Teresa; CAVALCANTI, Maria Tavares. **Saúde mental:** campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: IPUB-CUCA, 2001.

DIAS, Miriam. Saúde Mental: é possível uma política de saúde pública, coletiva, integral e de cidadania. In: DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE. Rio de Janeiro, n. 23, dez. 2001.

FAGUNDES, Sandra. A trajetória da Saúde Mental Coletiva no Rio Grande do Sul. **Saúde Mental Coletiva**, Bagé: EDIURCAMP, ano 1, n. 1, 1993.

_____. **O financiamento como potencializador da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Material produzido pela Comissão Nacional de Saúde Mental, 2001.

FRACASSO, L.; LANDRÉ, M. Será isso livre-arbítrio? **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico**, ano 6, n. 4, out./dez. 2001.

GROFF, C. **Sede de plenitude:** apego, vício e caminho espiritual. São Paulo: Rocco, 1996.

GUIMARÃES, Liliana M. G.; GRUBITS, Sônia. **Saúde Mental e trabalho.** v. 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

HOBBLE, W.; LANSINGER, T. Modelo de relacionamento humano. In: MARRINER-TONLEY, Ann. **Nursing theorists and their work.** 3.ed. St. Louis: Mosby, 1994.

JEFFERSON, Linda V. Respostas quimicamente mediadas e transtornos relacionados a substâncias. In: STUART, G. W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem psiquiátrica:** princípios e prática. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

LARANJEIRA, R.; DUNN, J. **O perfil de 294 usuários de cocaína em São Paulo.** São Paulo: Escola Paulista de Medicina – Departamento de Psiquiatria, 1999.

MANUAL Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DMS-IV). 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

NOTO, Ana Regina. O uso de drogas psicotrópicas no Brasil: última década e tendências. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: Centro Universitário São Camilo, ano 23, v. 23, n. 1, jan./fev. 1999.

PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1996.

PITTA, Ana. **Saúde mental/2001: ações estratégicas para uma política.** (mimeo)

RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. **Alcoolismo hoje.** 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem em Saúde Mental para mulheres em crises acidentais.** Ribeirão Preto, 1986, 146 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

_____. **Relações interpessoais enfermeiro-paciente: análise teórica e prática com vistas à humanização da assistência em Saúde Mental.** Ribeirão Preto, 1993, 187 p. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa.** 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNON, G. **Manual de Saúde Mental: guia básico pra atenção primária.** São Paulo: Hucitec, 1994.

SILVA, Mara Regina Santos da. **Família e alcoolismo: em busca do conhecimento.** Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Reflexão crítica e o processo de enfermagem. In: BRUNNER, Lilian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1998. Cap. 3, p. 22-23.

STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática.** 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TAYLOR, Cecilia Monat. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness.** 13.ed. Tradução Dayse Baptiste. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion en enfermaria psiquiatrica.** Colombia: Universidad del Valle Cali, 1979.

VUYLSTEEK, K. A abordagem terapêutica terciária. In: BERGERET, M. **Toxicomanias: uma visão multidisciplinar.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano.** Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

9 APÊNDICES

APÊNICE A
Instrumento para avaliação inicial

| | |
|---|---|
| IDENTIFICAÇÃO | Idade: Ocupação: Procedência: Crença/Religião: |
| HISTÓRIA | Antecedentes: Uso de Medicamentos: História Familiar: |
| ALIMENTAÇÃO/ HIDRATAÇÃO | Aceitação alimentar: com aceitação sem aceitação com alteração perda de peso Obs.: |
| APARÊNCIA GERAL | |
| ATIVIDADE PSICOMOTORA | |
| ATIVIDADE FÍSICA/LAZER | Sim Não Obs.: |
| SONO/REPOUSO | sem alteração insônia dificuldade de conciliar/manter sono Obs.: |
| NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS, ENFRENTAMENTO ACEITAÇÃO AUTO- ESTIMA(HISTÓRIA SOCIAL E FAMILIAR) | Alteração no estilo de vida Relacionamento familiar Expectativas |

| | |
|----------------------------------|---|
| HÁBITOS | Tabagismo: sim não Uso de bebida alcoólica: sim não Uso de automedicação: sim não Obs.: |
| HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA | Doenças: Tratamentos: Medicamentos: |

APÊNDICE B
Exame do estado mental, segundo Travelbee

| EXAME DO ESTADO MENTAL | | | |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| PERCEPÇÃO: | | | |
| SEM ALTERAÇÕES | ALUCINAÇÕES | ILUSÕES | OUTRAS ALTERAÇÕES |
| PENSAMENTO: | | | |
| DELÍRIO | DESPERSONALIZAÇÃO | HIPOCONDRIA | |
| BRADIPSQUISMO | TAQUIPSQUISMO | OUTRAS ALTERAÇÕES | |
| CONSCIÊNCIA: | | | |
| LÚCIDO | CONFUSO | OBNUBILIDO | |
| OBS.: | | | |
| AFETO: | | | |
| ANSIOSO | DEPRIMIDO | EUFÓRICO | LÁBIL |
| OUTRAS ALTERAÇÕES | | | |
| INTELIGÊNCIA: | | | |
| DEMÊNCIA | OUTRAS ALTERAÇÕES | | |
| OBS.: | | | |
| CONDUTA: | | | |
| ADEQUADA | AGRESSIVA | MANIPULADORA | |
| DRAMÁTICA | COMPULSÕES | OUTRAS ALTERAÇÕES | |
| LINGUAGEM: | | | |
| NORMOLALIA | VERBORRÉIA | MUTISMO | BRADILALIA |
| OUTRAS ALTERAÇÕES | | | |
| ORIENTAÇÃO: | | | |
| OBS.: | | | |
| MEMÓRIA: | | | |
| PRESERVADA | OUTRAS ALTERAÇÕES | | |
| INSIGHT: | | | |
| NEGAÇÃO | CONSCIÊNCIA | | |
| OBS.: | | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: | | | |
| ORIENTAÇÕES: | | | |

ENCAMINHAMENTOS:

OBSERVAÇÕES SOBRE O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA

10 ANEXOS

