

**DOLORES REGINATO CHAGAS**

**CUIDADO PARTICIPATIVO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO:  
UMA CONSTRUÇÃO PAUTADA NA TEORIA DE IMOGENE KING**

**FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL  
2000**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CUIDADO PARTICIPATIVO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO:  
UMA CONSTRUÇÃO PAUTADA NA TEORIA DE IMOGENE KING**

**DOLORES REGINATO CHAGAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de Assistência de Enfermagem.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Vera Regina Real Lima Garcia

FLORIANÓPOLIS – SC  
Março, 2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CUIDADO PARTICIPATIVO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO:  
UMA CONSTRUÇÃO PAUTADA NA TEORIA DE IMOGENE KING

DOLORES REGINATO CHAGAS

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

**Mestre em Assistência de Enfermagem**

e aprovada em sua forma final em 15 de março de 2000, atendendo a normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

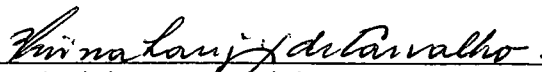
**BANCA EXAMINADORA:**



Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Regina Real Lima Garcia –  
Orientadora/Presidente

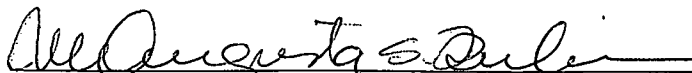


Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Alacoque Lorenzoni Erdmann – Membro



Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vivina Lanza de Carvalho – Membro

Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lúcia H.T. Gonçalves – Suplente



Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dda Maria Augusta Rubin – Membro

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Luis e Luiza, responsáveis pela minha existência e que me conduziram até aqui, toda a gratidão pelo amor e sabedoria que me transmitiram pelo exemplo de suas vidas;

Ao Arnaldo e aos nossos filhos, Maurício e Letícia, pelo amor e apoio de todos os dias;

Aos enfermeiros do HUSM e do Departamento de Enfermagem da UFSM, pela amizade e incentivo;

Ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - UFSC e à Direção de Enfermagem - HUSM, pela oportunidade de realizar este curso;

Aos meus colegas do curso de mestrado, pelos momentos que passamos juntos em busca de nossos ideais;

À verginia, amiga e colega com quem dividi momentos de felicidades e de angústias;

Às professoras Dr<sup>a</sup> Vivina e Dr<sup>a</sup> Alacoque pelo exemplo profissional e de vida, transmitido com muito carinho e dedicação;

À minha orientadora Dr<sup>a</sup> Vera Regina, meus sinceros agradecimentos pela compreensão e oportunidade de compartilharmos juntas nesta caminhada em busca de uma assistência de enfermagem psiquiátrica mais humana;

Aos colegas e amigos do serviço de psiquiatria do HUSM, por aceitarem participar deste desafio e enfrentar juntos a tentativa de compreender o comportamento humano, muitas vezes parecendo acima de nossa capacidade;

Às pessoas participantes deste estudo - a Deodata, o Tales e o Jonas. Obrigado por compartilharem na busca de um cuidado de enfermagem mais digno para o ser humano com sofrimento mental.

## SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	vii
LISTA DE ANEXOS.....	viii
RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	x
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVOS.....	7
2.1 Objetivo Geral.....	7
2.3 Objetivos específicos.....	7
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	8
3.1 Teoria de consecução de metas Imogene King.....	8
a) Sistemas pessoais.....	9
b) Sistemas interpessoais.....	10
c) Sistemas sociais.....	12
3.2 Planejamento Educacional Participativo.....	20
3.3 Contexto histórico da loucura.....	22
3.4 Noções sobre psicoses.....	33
3.4.1 Esquizofrenia.....	33
3.4.2 Distúrbio de Humor.....	37
3.5 O cuidar em enfermagem psiquiátrica.....	40
3.6 Uma reflexão sobre o adoecimento mental a partir da compreensão do ser humano em sua totalidade.....	48
4 MARCO CONCEITUAL.....	53
4.1 Pressupostos.....	53
4.2 Conceitos.....	54
4.2.1 Seres humanos.....	55
4.2.2 Saúde e doença.....	56
4.2.3 Ambiente terapêutico.....	56

4.2.4 Enfermagem .....	57
4.2.5 Interação .....	58
4.2.6 Relacionamento terapêutico .....	59
4.2.7 Cuidado Participativo.....	60
4.3 Desenho do marco teórico.....	62
4.3.1 Interpretação do desenho do marco conceitual .....	63
5 TRAJETÓRIA METODOLOGICA .....	64
5.1 Detalhamento do campo da prática .....	64
a) A Instituição.....	64
b) Sujeitos da pesquisa .....	67
c) Objeto de estudo.....	67
d) Coleta de materiais.....	68
6 PROCESSO METODOLÓGICO DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM .....	70
a) Coleta de dados .....	71
b) Diagnóstico de enfermagem.....	71
c) Planejamento e implementação.....	72
d) Avaliação do processo assistencial de enfermagem .....	72
6.1 Relato da prática assistencial com paciente Deodata.....	73
6.2 Relato da prática assistencial com o paciente Tales.....	83
6.3 Relato de prática assistencial com o paciente Jonas .....	88
7 DESCRIÇÃO DO PLANEJAMENTO EDUCATIVO PARTICIPATIVO .....	95
7.1 Coleta e análise de dados .....	96
7.2 Interpretação de dados.....	98
8 ASPECTOS ÉTICOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PSIQUIATRIA.....	116
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	124
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA .....	129
ANEXOS.....	131

**LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1 Demonstrativo das etapas do processo metodológico da teoria de King – paciente Deodata .....	82
QUADRO 2 Demonstrativo das etapas do processo metodológico da teoria de King – paciente Tales.....	87
QUADRO 3 Demonstrativo das etapas do processo metodológico da teoria de King – paciente Jonas.....	94

**LISTA DE ANEXOS**

ANEXO I – Entrevista com o paciente e familiar.....	132
ANEXO II – Quadro demonstrativo das etapas do processo metodológico de Horta e da teoria de King. ....	134
ANEXO III – Instrumento para coleta de dados da equipe de enfermagem.....	135
ANEXO IV – Relatório das atividades desenvolvidas com a equipe de enfermagem .	136
ANEXO V – Roteiro para entrevista com funcionários de enfermagem.....	142



## **CUIDADO PARTICIPATIVO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO: UMA CONSTRUÇÃO PAUTADA NA TEORIA DE IMOGENE KING**

### **RESUMO**

Autor: Dolores Reginato Chagas

Orientadora: Profª Enfª Drª Vera Regina Real Lima Garcia

Este trabalho teve o objetivo de implementar e avaliar o desenvolvimento de um cuidado terapêutico participativo, enfatizando a importância da interação entre profissional de enfermagem, paciente e familiares, a fim de alcançar metas terapêuticas através de ações planejadas. O referencial teórico, que respaldou este estudo, a partir da prática assistencial a pacientes internados na unidade psiquiátrica Paulo Guedes do HUSM, foi fundamentado na teoria de enfermagem de Imogene King (1981) e no Planejamento Educacional Participativo de Rezende (1990). A operacionalização do estudo se fez pela implementação do processo de enfermagem a três pacientes internados nesta unidade. No decorrer do processo, foram realizadas ações educativas à equipe de enfermagem, onde refletimos a respeito dos aspectos assistenciais, educativos e éticos que norteiam os procedimentos habituais da equipe de enfermagem na relação direta com pacientes psiquiátricos. Observamos também a repercussão das ações implementadas que encontram o respaldo em King. Com este trabalho, buscamos algo mais do que simplesmente a execução de tarefas rotineiras, procuramos uma maneira de podermos ajudar terapêuticamente o paciente a ter uma vida melhor, junto a seus familiares, apesar das dificuldades em que vivem no momento.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Autor: Dolores Reginato Chagas

Orientadora: Profª Enfª Drª Vera Regina Real Lima Garcia

Título: **CUIDADO PARTICIPATIVO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO:**

**UMA CONSTRUÇÃO PAUTADA NA TEORIA DE IMOGENE KING**

Dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem

Florianópolis, SC, 15/ 03/2000

**PARTICIPATIVE CARE TO THE PSYCHIATRIC PATIENT: A  
DEVELOPMENT BASED ON THE THEORY OF IMOGENE KING**

**ABSTRACT**

Author: Dolores Reginato Chagas

Adviser: Nurse Dr<sup>a</sup> Vera Regina Real Lima Garcia

This work had the objective of complement and evaluate the development of a participative therapeutic care, stressing the importance of the interaction among the nursing professional, the patient and relatives, with the purpose of reaching goals through planned actions. The theoretical references which fundamented this study came from the observation of patients of the psychiatric unit Paulo Guedes using the nursing theory of Imogene King (1981) and the Participative Educational Planning of Rezende (1990). The operationalization of the study was done by implementing the nursing process to three patients of the above mentioned unit. During the process, educational actions were done with nursing staff when we reflected about the assistance, educational and ethical aspects which guide the habitual procedures of the nursing staff in their direct relationship with psychiatric patients. We have also observed the results of the actions done which are based on the work of King. With this study we have searched more than doing a routine task, we have searched for a way to help therapeutically the patient to have a better life, together with his/her relatives, despite the difficulties they have in the moment.

**FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA CATARINA, SC, BRAZIL  
CENTER OF HEALTH SCIENCE / NURSING DEPARTMENT  
POST-GRADUATE COURSE IN NURSING**

Author: Dolores Reginato Chagas

Adviser: Nurse Dr<sup>a</sup> Vera Regina Real Lima Garcia

Title: **PARTICIPATIVE CARE TO THE PSYCHIATRIC PATIENT: A  
DEVELOPMENT BASED ON THE THEORY OF IMOGENE KING**

Master Dissertation in Nursing Assistance.

Florianópolis, SC, 03/15/2000

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a assistência ao doente mental tomou novos rumos. Tais mudanças se atribuem ao desenvolvimento tecnológico, ao surgimento da psicofarmacologia, ao posicionamento dos profissionais de saúde mental em defesa do direito e da cidadania, e também a uma nova compreensão sobre a doença mental. A diversidade de estudos, nos mais diferentes campos, enriquece sobremaneira o tratamento da pessoa com doença mental.

Nesse contexto, a assistência de enfermagem psiquiátrica também passa a ser pautada por novos paradigmas. O relacionamento interpessoal terapêutico, a relação de ajuda e a terapia centrada na pessoa direcionam uma prática mais humana. Em qualquer uma das abordagens, a pessoa com sofrimento mental é considerada - dentro de suas limitações pessoais e das condições sociais - como um ser capaz de relacionar-se consigo, com os outros e com o meio em que vive.

Nesses termos, novas condutas se estabelecem, as quais, ricas em conteúdo teórico-prático, porém, na maioria das vezes, distantes da realidade vivenciada pelo profissional de enfermagem, sobretudo do enfermeiro assistencial e do auxiliar de enfermagem, os quais permanecem junto ao paciente internado durante as 24 horas.

O interesse de realizar este trabalho com o doente mental internado é motivado pela minha experiência profissional. Desde 1984 participo da equipe de enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria; inicialmente, na função de

auxiliar de enfermagem; após 1991, como enfermeira em unidades de internação pediátrica, psiquiátrica e no serviço de educação continuada. Além das atividades assistenciais, ministrou aula de ética e relações humanas em um curso técnico de enfermagem.

Foi a partir das atividades com grupos, reuniões, atividades de praxiterapia e lazer, realizadas na unidade de internação psiquiátrica “Paulo Guedes” do HUSM, que busquei desenvolver uma melhor aproximação e interação com pessoas que estavam sob meus cuidados, com a equipe de enfermagem e equipe médica daquela unidade. Nesse contato, percebi a importância de compreender os distintos conflitos provenientes das relações entre enfermagem e paciente, e, também, a necessidade de promover uma assistência humanizada e flexível, priorizando as diferenças e limitações de cada pessoa. São muitas as dificuldades encontradas no contato direto com profissionais da saúde, pacientes e familiares, razões pelas quais, dificulta o desenvolvimento do cuidado de enfermagem e da educação para a saúde. Neste percurso, senti que essas dificuldades e conflitos estavam relacionadas com o modo de conceber a doença mental e, também, a maneira pela qual interagimos com aquele que necessita de cuidados. Entendo que esses impasses são, muitas vezes, reflexos de nosso despreparo para desenvolver um relacionamento terapêutico mais eficiente com paciente em tratamento psiquiátrico.

Por muito tempo, essas inquietações me acompanharam na prática; no entanto, foi como mestrandia e durante o período que exerci a função de enfermeira da educação continuada que tive a possibilidade de implementar um cuidado que contemplasse a necessidade da enfermagem.

Ao refletir sobre a assistência de enfermagem, percebi que, de um modo geral, ela se constitui a partir de experiências práticas e repetitivas, não subsistindo uma base teórica que referencie essa prática. Na maioria das vezes, os procedimentos são voltados para medicalização, centradas no uso da medicação e orientações direcionadas para a disciplina, vigilância e no manejo de condutas por meio da repressão. O objetivo deste questionamento não é apenas criticar uma situação vivenciada, mas sim, encontrar propostas que contemplem o desejo de oferecer uma assistência que envolva o cuidador e o ser que precisa de cuidado.

Filizola (1997), ao analisar o papel do enfermeiro psiquiatra na assistência ao doente mental internado, verificou que:

a ênfase do papel do enfermeiro não está no relacionamento terapêutico, mas nas atividades administrativas e que a relação que os componentes da equipe de enfermagem mantêm com o paciente é autoritária e reproduz o autoritarismo das instituições (p.173).

Na discussão deste assunto com enfermeiras assistenciais e docentes, percebi a necessidade de melhor assistir os pacientes internados em unidade psiquiátrica. Essa reflexão sobre a realidade não é somente a descrição do cotidiano, e sim um olhar sobre os instrumentos terapêuticos disponíveis para satisfazer as necessidades da clientela que assistimos.

No interior desse contexto, senti a necessidade de implementar uma proposta que possibilitasse o empreendimento de ações específicas, voltadas principalmente para o cuidado do paciente internado e seus familiares.

Estas constatações me estimularam efetivar um estudo que permitisse uma reflexão crítica e a renovação das ações que permeiam a dinâmica do cuidar e do

assistir em psiquiatria. Nessa perspectiva, procurei ampliar concepções e visões sobre o cuidado ao paciente psiquiátrico, trocar experiências com outros profissionais e alicerçar meus conhecimentos em trabalhos científicos já realizados sobre o assunto.

No decorrer dos últimos anos, muitos trabalhos de enfermeiros, como: Stefanalli (1983), Silva e Fonseca (1995), Osinaga et al (1998) denotaram-se preocupados em refletir sobre as dificuldades encontradas ao cuidar o doente mental e também de propor novas alternativas, tanto no ensino da enfermagem psiquiátrica como no campo da prática. Para Kantorski e Silva (1998), o instrumento de ensino-aprendizagem da enfermagem é o relacionamento terapêutico realizado com paciente internado em hospital psiquiátrico. As referidas autoras salientam que esse saber produzido no ensino não é praticado no processo assistencial das enfermeiras, as quais desenvolvem mais atividades de supervisão, controle e tarefas burocráticas.

Considera-se que trabalhos de autores, como: Rogers (1982), Stefanelli (1993), Motta (1995), Souza (1995), Costa e Colvero (1995), Falleiros (1996), Manzolli (1996), Isaacs (1998), oferecem um panorama do que tem sido produzido teoricamente sobre o cuidado terapêutico em enfermagem psiquiátrica e saúde mental, podendo orientar a análise desta proposta.

Em face ao exposto, considerei relevante realizar um estudo, cujo objeto focaliza o cuidado de enfermagem em unidade psiquiátrica. Tal estudo busca mudanças no atendimento à pessoa com doença mental através de interações terapêuticas; tendo como finalidade compartilhar conhecimentos adquiridos e poder analisar junto aos enfermeiros assistenciais e docentes a proposta de um cuidado terapêutico ao doente mental e seus familiares. Tudo isso nos fez repensar sobre a

práxis da equipe de enfermagem diante dos cuidados prestados, e planejar, por meio de metas de restabelecimento da saúde, uma forma renovada de atendimento de enfermagem psiquiátrica.

A proposta de construção de um cuidado participativo constitui-se em um desejo de refletir sobre saberes e práticas que justificam a importância e a necessidade de ser desenvolvido um relacionamento terapêutico com o paciente internado em unidade psiquiátrica.

Esse modo de cuidar proporciona aos familiares dos pacientes uma participação mais efetiva no tratamento, oferecendo também orientação e esclarecimentos sobre a evolução clínica do paciente. Consideramos essa, uma dimensão que destaca o programa terapêutico dentre as práticas convencionais.

Enfatiza-se a importância do trabalho participativo porque garante uma abordagem ampla e integrada, envolvendo a equipe de enfermagem, paciente e familiares, os quais são considerados indispensáveis ao tratamento.

As ações educativas propostas são voltadas para o aperfeiçoamento do funcionário diante do cuidado interativo, onde o paciente não é visto apenas em seus aspectos patológicos. Propõe-se um tratamento que assista a pessoa de forma integral, como um sujeito social, com possibilidades de estabelecer relações.

Durante o processo de cuidado participativo, procuro, junto com a família e o paciente, discutir os problemas, com o objetivo de encontrar recursos e suporte para se ajudarem na recuperação da saúde e na manutenção do tratamento; evitando, assim, a cronificação da doença. Nos casos de cronificação, que se evite, o quanto possível, a exclusão social e melhore a qualidade de vida.

Neste momento, procura-se estabelecer saberes e práticas de assistir a pacientes internados em unidade psiquiátrica, delineando novos modos de cuidar, através de um processo que compromete os sujeitos envolvidos no processo. Essa mudança ocorre através do esclarecimento, da aquisição de novos conhecimentos e do redimensionamento das condições atuais de intervenção junto ao familiar e paciente internado na unidade psiquiátrica. Para a realização deste trabalho, foram formulados os seguintes objetivos:



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Propor uma assistência de enfermagem que possibilite o desenvolvimento de um cuidado terapêutico, enfatizando a importância da interação entre a equipe de enfermagem, paciente e familiares, a fim de alcançar metas através de ações terapêuticas planejadas.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Desenvolver ações educativas com a equipe de enfermagem da unidade de internação “Paulo Guedes” do HUSM, compartilhando conhecimentos e vivências sobre a prática;
- Propor e avaliar uma metodologia de assistência de enfermagem com a contribuição da equipe de enfermagem, na qual estejam expressos as diretrizes de uma práxis participativa, fundamentada nas idéias de King;
- Identificar fatores que interferem na interação terapêutica entre profissionais de enfermagem, pacientes e familiares.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

O referencial teórico, que respaldou a prática assistencial que originou esta pesquisa, foi a teoria de enfermagem de Imogene King (1981) e o Planejamento Educacional Participativo de Rezende (1990). Faço, também, uma revisão de literatura sobre o contexto histórico da loucura, as doenças e os mecanismos de adoecimento mental que permeiam a problemática dos pacientes que integram o estudo. Nessa trajetória, visitei a teoria de King, quanto a conceitos, pressupostos, estrutura conceitual, dando ênfase às 5 fases utilizadas por ela na implementação de cuidados. A busca em Rezende respaldou a trajetória para o desenvolvimento do planejamento educativo participativo junto à equipe de enfermagem. A revisão de conteúdos específicos de psiquiatria foi realizada em publicações na área, colocando em destaque a evolução da assistência ao doente mental e as manifestações que teriam sua origem nas doenças ou fatores decorrentes dos distúrbios comportamentais.

#### **3.1 Imogene King e a Teoria de consecução de metas**

Imogene King, nascida no ano de 1923, completou a educação básica em enfermagem, em 1946, na Escola de Enfermagem do Hospital St. John em St. Louis, Missouri. Enfermeira com formação na área educacional, obteve o grau de Bacharel

em educação de enfermagem em 1948. Em 1957, conquistou o título de mestre em enfermagem; em 1961, de Doutor em educação. Ambos no Teachers College – Columbia University, em Nova Iorque.

A Teoria de Consecução de Metas de King deriva-se de uma estrutura de sistemas abertos, tendo como foco do cuidado da enfermagem os seres humanos e, como meta, o atendimento à saúde dos indivíduos e grupos. A teórica considera que os seres humanos constituem sistemas abertos e em constante interação com o meio ambiente. A estrutura conceitual de King (1981) compõe-se de três sistemas interativos, os quais são: sistemas pessoais, sistemas interpessoais e sistemas sociais.

#### **a) Sistemas pessoais**

Cada indivíduo é um sistema pessoal, sendo que os conceitos relevantes deste sistema são: percepção, Self, crescimento e desenvolvimento, imagem corporal, espaço e tempo. O conhecimento destes conceitos faz-se para entender o comportamento dos indivíduos.

A percepção é o conceito que influencia todos os comportamentos, ou ao qual todos os outros conceitos estão ligados. Percepção significa transação, isto é, os indivíduos são participantes ativos de situações, e suas identidades são afetadas por sua participação. Esse processo de interação humana com o ambiente influencia o comportamento, proporciona significado à experiência e representa a imagem da realidade que o indivíduo possui. Segundo King (1981, p.145) percepção “é o mundo de experiências subjetivo de cada pessoa”.

*O Self* é um composto de conhecimento e sentimentos que constituem a

percepção que a pessoa tem de sua existência individual, sua concepção de quem é, e do que é o “eu”. O self é o ambiente subjetivo completo de uma pessoa.

*O crescimento e o desenvolvimento* incluem mudanças celulares, moleculares e comportamentais nos seres humanos.

*A imagem Corporal* é caracterizada como muito pessoal, subjetiva (adquirida ou aprendida) e dinâmica, à medida que a pessoa redefine o self. É a maneira pela qual cada pessoa percebe seu corpo quanto às reações dos outros à sua aparência.

*O espaço* é caracterizado como universo pessoal ou subjetivo, individual, situacional e dependente das relações na situação; dimensional como uma função de volumes, área, distância e tempo; e transacional ou baseado na percepção que o indivíduo tem da situação. King (1981, p.45) define tempo como “uma duração entre um acontecimento e outro, como unicamente experienciado por cada ser humano; é a relação de um acontecimento com outro”.

Segundo King apud Ackermann (1994), é necessário entender a concepção de percepção, self, imagem corporal, crescimento e desenvolvimento, tempo e espaço para poder entender o ser humano como pessoa.

Quando os sistemas pessoais entram em contato um com o outro, formam sistemas interpessoais.

## **b) Sistemas interpessoais**

São formados por seres humanos em interação. À medida que aumenta o número de indivíduos que interagem, aumenta a complexidade das interações. Os conceitos relevantes aos sistemas interpessoais são interação, comunicação,

transação, papel e estresse.

A *interação* é caracterizada por valores e mecanismos para estabelecer relações humanas. As interações são definidas como os comportamentos observáveis de duas ou mais pessoas, em presença mútua. Podem revelar como uma pessoa pensa e sente-se em relação a outra pessoa, como cada uma percebe o outro e o que o outro faz para ele, quais suas expectativas do outro e como cada um reage às ações do outro.

Segundo King (1981) apud Ackermann (1997, p. 309), a *comunicação* “é um processo pelo qual a informação passa de uma pessoa para outra”. Caracteriza-se por ser verbal, não-verbal, situacional, perspectiva, transacional, irreversível e indo sempre adiante do tempo.

A comunicação, como processo social, é fundamental, desenvolve e mantém relações humanas; e facilita o funcionamento dos grupos e sociedades humanas.

As *transações* derivam-se da cognição e das percepções, e não da análise transacional. As características das transações são de que são únicas, porque cada indivíduo possui um mundo pessoal de realidade, baseado naquelas percepções individuais; elas têm dimensões espaciais e temporais.

As características *dos papéis* incluem reciprocidade, uma pessoa pode ser um doador em determinado período, e receptor noutro período, com uma relação entre dois ou mais indivíduos que estão agindo em dois ou mais papéis.

Segundo King (1981) estresse é

um estado dinâmico pelo qual os seres humanos interagem com o ambiente para manterem equilíbrio para o crescimento, desenvolvimento e desempenho, que envolvem uma troca de energia e informação, entre a pessoa e o ambiente, para a regulação e controle de estressores (p. 98).

O estresse pode ser positivo ou negativo, ou seja, simultaneamente, ajuda um indivíduo a atingir um pico de realização ou a esgotá-lo.

É importante que as enfermeiras entendam e interpretem suas funções com relação a outras pessoas. Um conflito ou confusão de funções diminui o alcance de cuidado efetivo para pacientes e cria stress à situação (King, 1981).

Quando o stress aumenta em uma situação de interação entre indivíduos, o campo perceptual diminui e a tomada de decisões decresce em racionalidade. Esses fatores podem tornar pouco eficaz o cuidado de enfermagem e prejudicar a interação e, conseqüentemente, o estabelecimento de metas.

Na união dos sistemas pessoais, formam-se sistemas maiores, conhecidos como sistemas sociais.

### **c) Sistemas sociais**

Um sistema social é definido como um sistema organizado e delimitado de regras sociais, comportamentos e práticas desenvolvidas para manterem valores e mecanismos que regulamentam as práticas e as regras. Como exemplos de sistemas sociais, temos: a família, grupos religiosos, sistemas educacionais, sistemas de trabalho e grupos afins. Os conceitos relevantes nos sistemas sociais da teoria de King (1981) são: organização, autoridade, poder, status e tomada de decisões.

A *organização* é caracterizada por uma estrutura que ordena cargos e atividades; relaciona combinações formais e informais de indivíduos e grupos para consecução de metas pessoais e organizacionais.

As características da *autoridade* incluem aquilo que é observável através do

providenciamento de ordem, orientações e responsabilidades pelas nações; o que é universal, é associado ao poder. King (1981) define autoridade como:

um processo ativo e recíproco de transação, em que o conhecimento e a experiência, as percepções e os valores dos atores influenciam a definição, confirmação e aceitação daqueles em posições organizacionais, associados à autoridade (p.124).

*O poder* é caracterizado como universal; um atributo pessoal situacional ou não; dinâmico e voltado para metas. Está diretamente ligado à autoridade; é uma função de interações humanas; e é uma função de tomada de decisão.

*O status* caracteriza-se como situacional, depende da posição reversível.

King (1981) define status como:

a posição do indivíduo num grupo, ou de um grupo em relação a outro grupo, numa organização, e identifica que o status está acompanhado de privilégios, deveres e obrigações (p.129).

King (1981) considera tomada de decisões como:

um processo dinâmico e sistemático, através do qual uma escolha das alternativas percebidas, voltada para uma meta, é feita e efetivada por indivíduos ou grupos, respondendo a uma questão e atingindo uma meta (p.132).

*A tomada de decisões* caracteriza-se como necessária para regular a vida e o trabalho de cada pessoa.

### **A teoria de consecução de metas de King**

A partir da teoria de consecução de metas, King (1981) desenvolveu oito

suposições que são:

- 1) Se está presente a precisão perspectiva na interação enfermeira-cliente, as transações ocorrerão;
- 2) Se a enfermeira e o cliente realizam transações, as metas são alcançadas;
- 3) Se as metas são alcançadas, ocorrerão satisfações;
- 4) Se as metas são alcançadas, ocorrerá atendimento eficiente de enfermagem;
- 5) Se ocorrem interações na transação enfermeira-cliente, são estimulados o crescimento e o desenvolvimento;
- 6) Se as expectativas e o desempenho de papéis, tal como percebidos pela enfermeira e pelo cliente, forem coerentes ocorrerão transações;
- 7) Se houver conflito de papéis, por parte do enfermeiro ou do cliente, ou por parte de ambos, ocorrerá o estresse na interação enfermeira- cliente;
- 8) Se as enfermeiras, com conhecimentos e habilidades especiais, comunicam informações adequadas aos clientes, ocorrerá a fixação mútua de metas, e as metas serão atingidas.

### **A teoria de King e os quatro conceitos principais**

Os principais conceitos da teoria de King (1981) são os seres humanos, o meio ambiente, a saúde e a sociedade. O conhecimento desse conceitos ajudam as enfermeiras a entenderem que através de interações os seres humanos desenvolvem atividades diárias em vários papéis dentro do sistema social. Os ajustes à vida e à saúde são influenciados pelas interações dos indivíduos com o meio.



*Seres Humanos*

King (1981) descreve o homem com ser social, consciente, racional, preceptivo, controlador, intencional, voltado à ação e ao tempo. A partir dessas crenças a respeito do ser humano, ela originou suposições específicas da interação enfermeira-cliente, que são:

- 1) As percepções da enfermeira e do cliente influenciam o processo de interação;
- 2) As metas, as necessidades e os valores da enfermeira e do cliente influenciam o processo de interação;
- 3) Os indivíduos possuem o direito de se auto-conhecerem;
- 4) Os indivíduos possuem o direito de participar nas decisões que influenciam sua vida, sua saúde e os serviços comunitários;
- 5) Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de dividir informações que ajudem os indivíduos a tomar decisões sobre seus cuidados de saúde;
- 6) Os indivíduos possuem o direito de aceitar ou rejeitar os cuidados de enfermagem;
- 7) As metas dos profissionais de saúde e as dos recebedores de atendimento de saúde podem ser incompatíveis.

Para a referida teórica, os seres humanos possuem três necessidades fundamentais:

- a) A necessidade de informações da saúde que sejam úteis na época certa de sua precisão e que possam ser utilizadas;
- b) A necessidade de atendimento que busque a prevenção da doença;

c) A necessidade de atendimento, quando os seres forem incapazes de ajudar a si mesmos.

Segundo King (1981), as enfermeiras estão preocupadas com os seres humanos, encontram-se em posição de avaliar o que as pessoas conhecem, pensam e percebem sobre sua saúde, e, também, a maneira como elas agem para mantê-la.

### *Saúde/doença*

King apud George (1993) define saúde como:

experiência dinâmica de um ser humano que implica ajustamentos contínuos a estressores, no ambiente interno e externo, através de uso adequado de recursos próprios para alcançar o máximo potencial para a vida diária. E doença como: um desvio do normal, isto é, um desequilíbrio na estrutura biológica da pessoa ou em seus construtos psicológicos, ou um conflito nas reações sociais da pessoa (p.183).

### *Ambiente e sociedade*

A sociedade pode ser encarada como a porção de sistemas sociais de sua estrutura de sistemas abertos. Os sistemas são entendidos como possuidores de limites que separam seus componentes internos do resto do mundo. O ambiente externo, para um sistema, é a porção do mundo que existe do lado de fora daquele limite.

### *Enfermagem*

Enfermagem é um processo de interação entre enfermeiro e paciente no qual cada um percebe o outro e a situação; através da comunicação eles estabelecem

metas, exploram meios e concordam com os meios para alcançar metas. Os comportamentos que são observáveis em enfermeiros e pacientes são:

- 1) reconhecimento das condições atuais; como um problema de saúde, um problema social, ou uma preocupação humana;
- 2) operações ou atividades relacionadas à situações ou às condições, como decisões sobre metas;
- 3) motivação para exercer algum controle sobre eventos na situação para alcançar metas.

É através das interações que as enfermeiras juntam, observam e interpretam as informações apropriadas.

Na teoria de King (1981), *ação* é compreendida como seqüência de comportamentos que envolvem atividade física e mental.

A meta da enfermeira é “ajudar os indivíduos a manterem sua saúde, de modo que possam agir em seus papéis”.

O domínio da enfermeira inclui a promoção, manutenção, recuperação da saúde e o atendimento aos doentes, feridos e moribundos. A função da enfermeira profissional é a de interpretar a informação, naquilo que é conhecido como processo de enfermagem, para planejar, implementar e avaliar o cuidado de enfermagem.

### **A teoria da consecução de metas e o processo de enfermagem**

A suposição básica da teoria de consecução de metas, e, também, do processo de enfermagem é a de que as enfermeiras e os clientes comunicam informações, fixam metas mutuamente; então, agem para alcançar essas metas.

**a) Coleta de dados**

Ocorre durante a interação da enfermeira com o cliente. A enfermeira deve possuir habilidade de avaliação, integrar conhecimentos das ciências naturais e comportamentais, para aplicar em situações concretas. Na avaliação, a enfermeira deve coletar dados referentes ao crescimento e desenvolvimento do cliente, sua visão do Self, percepção do seu estado atual de saúde, padrões de comunicação e socialização de papéis. Os fatores que influenciam a percepção do cliente, incluem o funcionamento de seu sistema sensorial, idade, o desenvolvimento, o sexo, a educação, o histórico de medicação e dietas, e a compreensão do motivo pelo qual está ocorrendo o contato com o sistema de saúde. As percepções da enfermeira são influenciadas por sua experiência cultural, situação sócio-econômica, idade e diagnóstico do cliente.

**b) Diagnóstico de enfermagem**

Tem origem na informação partilhada durante a avaliação. Definido por King apud George (1993, p.184) como uma afirmação que “identifica os distúrbios, problemas ou preocupações em relação aos quais os pacientes buscam ajuda”.

**c) Planejamento**

King descreve o planejamento como a fixação de metas, proporciona meios para a continuidade dos cuidados. Os objetivos são estabelecidos mutuamente entre enfermeira e cliente. Esta fase é melhor explicada neste trabalho mais adiante, com

base no método educacional de Rezende (1990).

#### **d) Implementação**

Ocorre nas atividades que visam o alcance das metas. A implementação é o momento em que se efetiva a transação, na teoria de King (1981).

#### **e) Avaliação**

A avaliação envolve descrições da maneira como os resultados, identificados como metas, são alcançados. Na descrição de King (1981), a avaliação não é apenas a fala da consecução das metas do cliente, mas também a eficácia do cuidado de enfermagem. Esta autora enfatiza a importância da participação mútua na interação que centraliza seu foco sobre as necessidades e o bem-estar do cliente, bem como, da verificação das percepções, enquanto são executadas junto ao planejamento e às atividades, para alcançar as metas.

Em unidade de internação psiquiátrica, o paciente necessita de uma assistência integral e contínua. Entendendo desta maneira, é que convidei os profissionais de enfermagem da unidade Paulo Guedes para participar deste trabalho. Para tanto, foi necessário compartilharmos de momentos de reflexão e aquisição de novos conhecimentos sobre a prática de enfermagem psiquiátrica e o referencial teórico utilizado na implementação de um cuidado participativo. O processo educacional escolhido caracteriza-se por envolver os participantes, tanto o educador como os educandos. A seguir descrevo o planejamento educacional participativo proposto por Rezende (1990).

### 3.2 Planejamento Educacional Participativo

O Planejamento Educacional Participativo, segundo Rezende (1990, p.1), “é uma proposta substantiva de princípios norteadores da atividade educativa, com caracter histórico, focaliza um determinado contexto específico e concreto”. Nesse processo, é necessário conhecer as generalidades e as especificidades de uma realidade, e é sustentada nas prioridades e objetivos das pessoas envolvidas no contexto educativo.

Na questão participativa, *envolver* é palavra-chave. O planejamento participativo, que tem como referência a potencialidade do ser humano de educar-se; portanto, é uma ação co-participativa. No entanto, é fundamental saber quem é a população-alvo e, também, realizar uma análise das informações e reflexões sobre essa clientela, seus valores, experiências, desejos e expectativas; as quais, muitas vezes, são diferentes das do educador. No planejamento educativo participativo, a clientela é sujeito de sua própria educação.

Rezende (1990) salienta que:

as reflexões e atitudes do educador, que se propõe a um trabalho participativo, são as de que seu compromisso, como ser humano e como ser profissional que teve acesso a certas informações, que pôde vivenciar certas experiências que precisam ser intercambiadas com outras pessoas que experenciam realidades diferentes e que, por isso, percebem o mundo através de outras óticas, não necessariamente piores ou mais distorcidas que a do educador (p.3).

No enfoque do planejamento participativo, o momento do diagnóstico trata-se de apreender a realidade dos educandos, procurando conhecer seus vínculos, significados e, principalmente, as percepções que a população tem de sua própria

realidade e de si mesma. O diagnóstico resulta da investigação de dados através de práticas informais, com entrevistas não estruturadas, o que possibilita a coleta de subsídios necessários para o educador conhecer a população; entretanto deve estar claro o compromisso do educador, mantendo os limites e espaços pessoais e grupais.

A próxima etapa do planejamento educativo participativo, citado por Rezende, é a propositura dos objetivos, que segue após a compreensão da problemática. Nessa fase, ocorre a definição das metas a curto, médio e a longo prazo. Os objetivos devem estar delineados e constituir desafios a serem enfrentados, e discutidos com os educandos.

Após definidos os objetivos a serem atingidos, passam a ser selecionados e analisados os conteúdos e as estratégias, os quais devem contemplar os aspectos discutidos anteriormente. Nessa etapa o papel do educador assume contornos mais técnicos.

A avaliação da proposta educativa deve ser tratada como uma atividade reflexiva e baseada nos objetivos alcançados, na participação efetiva da população, pela coerência dos conteúdos e pela dinâmica estimuladora das estratégias.

Na intervenção educativa participativa, o grupo toma parte no ato de planejar, na reflexão sobre a realidade e no descobrimento de suas potencialidades.

Rezende conclui, dizendo que

o papel do educador, dentro da perspectiva participante, é proporcionar assessoramento e apoio aos educandos, desde a identificação das necessidades até a avaliação da proposta (p.12).

Waldow (1995), a respeito de educar, diz que:

através do entendimento do processo que ocorre no campo

clínico, podemos modificar as nossas abordagens de ensino e de cuidado, possibilitando a articulação da teoria à prática (p.193).

A partir deste modo de pensar é que realizo uma breve revisão do contexto histórico da loucura, os conceitos, a sintomatologia, o diagnóstico e os possíveis tratamentos das doenças mentais referidas neste estudo.

### **3. 3 Contexto histórico da loucura**

Historicamente, podemos verificar as diversas concepções que o homem desenvolveu sobre o conceito de doença mental. Desde as mais antigas civilizações até os dias de hoje, procura-se encontrar razões que justifiquem os desequilíbrios do homem.

Na busca ao entendimento da “Loucura” e suas expressões, percorri estudos de profissionais da saúde e pesquisadores que realizaram investigações nesta temática. Na história da loucura, identificam-se muitas contradições que caracterizam épocas e concepções. A fim de conhecer um pouco mais a trajetória da loucura e as diferentes tentativas de esclarecer o fenômeno, realizo um breve roteiro histórico.

Resende (1997) lembra que a loucura tem sido companheira inseparável do homem ao longo de sua história, desde as sociedades chamadas primitivas são constantes as referências aos loucos.

No decorrer de séculos, foram destinadas aos doentes mentais várias condições de tratamento; variando, desde aqueles que buscavam, através deste ato, a



salvação da própria alma, como bêbados e prostitutas, até escravos e religiosos. Estes últimos, cientes de sua função (na terra), de praticar o bem, e a garantia de purificação do espírito (Tavares, 1997).

Durante o período da Antigüidade e da idade média, o louco gozou de um certo grau de “extraterritorialidade” e a loucura era, no essencial, experimentada em estado livre. A ele era permitido circular, fazer parte do cenário e da linguagem comum. Era considerado vítima da ira dos deuses, ou perturbado por maus espíritos. O tratamento consistia em banhos, orações e penitências, que visavam apaziguar a ira dos deuses, ou afastar os espíritos daninhos.

No século XV, a figura do louco ganha espaço na literatura e nas artes. Nesta época imperava o medo da morte. No fim deste século, com o término do campesinato como classe social e o declínio dos ofícios artesanais, vieram a selar a sorte do louco e elevar a loucura à categoria de problema social (Resende, 1997).

No final da idade média, foi registrada a “nave dos loucos”, estranho barco que deslizava ao longo de calmos rios e canais, transportando sua carga insana de cidade em cidade, afastando os loucos do convívio da população tida como normal. Mais tarde começaram a ser segregados em manicômios, para onde também levavam todos os “desviantes” sociais. Tais medidas tinham como substrato o valor moral que se atribuía a tais doenças e não propriamente aos aspectos terapêuticos que tais pacientes demandavam (Foucault, 1989).

Com a reflexão crítica do século XVI, a relação entre loucura e razão ganha novos contornos e esses se modificam para proceder ao desarme da loucura. Como refere Casanova (1997, p.24) “eram questões que atormentavam as pessoas...”. É nesta época que o hospital geral surge como campo de exclusão. A loucura, ao ser

excluída da razão e da ética, torna-se inumana, ganha dimensão de animalidade (Massaro, 1994).

No Livro História da Loucura, do historiador e filósofo Michel Foucault (1989), encontramos um trabalho de arquivo, no qual os dados estão presentes na linguagem da época, nos documentos, nos relatos, nos códigos e em tudo aquilo em que é possível captar numa busca ao inconsciente social. No capítulo *a grande internação*, o autor descreve e analisa a criação do hospital geral:

o hospital não tem aspecto de um simples refúgio para aqueles que a velhice, a enfermidade ou a doença impediram de trabalhar; ele não terá simplesmente o aspecto de um ateliê de trabalho forçado, mas de uma instituição moral encarregada de castigar, de corrigir uma certa “falha” moral que não merece o tribunal dos homens, mas que não poderia ser corrigida apenas pela severidade da penitência. O Hospital Geral tem um estatuto ético. É desse encargo moral que se revestem seus diretores, e é-lhes atribuído todo aparelho jurídico e material de repressão (p.74).

Observa-se que, com o surgimento do hospital geral, os doentes mentais passaram a sofrer um encadeamento moral, sendo vigiados nos seus gestos, rebaixados nas suas pretensões, ridicularizados nos seus erros, enfim, houve a substituição da violência franca pela violência velada da ameaça e das privações.

No século XVII, a loucura passa ser considerada como um erro da razão. O controle do louco dispunha, como sugere Heitor Resende (1997), de uma rede comum de repressão à ordem, à mendicância, à ociosidade. Os “loucos” passam a ser confinados, ocorrendo a chamada “Grande internação”. A cura não é mais a recuperação da verdade, mas o retorno à ordem. A loucura é encarcerada para poder ser domada. É esse também o momento em que o poder psiquiátrico se sobrepõe ao saber psiquiátrico (Garcia-Roza, 1994).

No final do século XVIII, com as idéias do Iluminismo, os princípios da Revolução Francesa e a declaração dos direitos do homem nos Estados Unidos, cresce o movimento de denúncias contra as internações arbitrárias dos doentes mentais, seu confinamento em promiscuidade com toda espécie de marginalizados sociais e as torturas, disfarçadas ou não sob a forma de tratamentos médicos, de que eram vítimas (Foucault, 1989).

Os principais protagonistas desse movimento de reforma foram Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chiaruggi na Itália, Todd nos Estados Unidos, entre outros. Assim sendo, é pela primeira vez que os loucos seriam separados de seus colegas de infortúnio e passariam a receber tratamento psiquiátrico sistemático. Alegadamente centrado em bases humanitárias. O movimento generalizou-se com o nome de tratamento moral e Pinel foi considerado o “pai da primeira revolução psiquiátrica”.

A psiquiatria, enquanto instituição social, aparece após a Revolução Francesa. Antes disso, o problema da loucura constituía, fundamentalmente, um problema filosófico. Para Silva filho (1997, p.86) “a psiquiatria é um saber medicamente instituído e constituído a partir do momento em que a loucura vira objeto para o conhecimento humano e adquire, então o estatuto de doença mental”. É neste momento que ocorre o nascimento da clínica psiquiátrica.

No Brasil, a evolução da Psiquiatria não foi muito diferente, uma vez que, pela colonização, as formas de tratar o doente mental foram reproduzidas. Nas culturas indígenas, que precederam o descobrimento do Brasil, não foram valorizadas e nem incorporadas as práticas assistenciais, ficando restritas às comunidades. Somente em eventos isolados, em romances e textos que tratavam da

cultura indígena é que se tem notícia de rituais, pagelança, chamada e afastamento de espíritos, além do emprego de algumas ervas medicinais.

Segundo Resende (1997), a loucura permaneceu silenciosa por muito tempo, suas manifestações diluídas na vastidão do território brasileiro. Nem por isso se pode dizer que não existia. Esse silêncio Justifica-se pelo motivo de que, até o final do século XVIII, as cidades brasileiras permaneciam ainda escassamente populadas. Neste período, nas Santas Casas de Misericórdia incluíam os “loucos” entre seus hospedes, mas o tratamento era diferenciado dos demais, amontoando-os em porões, sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros, seus delitos e agitações reprimidos por espancamentos ou em contenções em troncos, condenando-os literalmente a morte por maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas.

Estudos de Ogata e Rodrigues (1995) relatam que, no Brasil, os doentes mentais não se beneficiaram de nenhum tipo de assistência médica especializada até metade do século XIX, sendo que os primeiros relatos de assistência deliberada aos alienados foram por volta do ano de 1825 em São Paulo.

Em 1841, é criado o asilo D. Pedro II, no Rio de Janeiro, através do Decreto de nº 82 de 18.04 de 1841, pelo então Imperador do Brasil D. Pedro II. Este estabelecimento tinha como objetivo manter a ordem pública, com o recolhimento dos doentes mentais, evitando que, soltos nas ruas, provocassem discórdia e medo, causando danos à sociedade e colocando em risco a harmonia e integridade dos cidadãos (Tavares, 1997).

Com a criação do primeiro hospital de doentes mentais no Brasil, inaugura-se uma nova fase da problemática da loucura e do louco em nosso país; assinala, como marco institucional, o nascimento da psiquiatria. Nesta época o hospício,

principal instrumento da psiquiatria, aparece como uma exigência de uma crítica higiênica e disciplinar às instituições de enclausuramento e o perigo presente em uma população que se começa a perceber como desviante, a partir dos critérios que a própria medicina social institui (Machado, 1978).

Em 1880, o asilo D. Pedro II passou a ser denominado Hospício de Alienados, através do Decreto 142 de janeiro de 1880. A direção da assistência dos alienados do Hospício Nacional, que até então tinha sido de responsabilidade da igreja, estando as religiosas à frente da administração dos serviços e dos cuidados aos doentes mentais, foi entregue a Juliano Moreira que, ao assumir a direção do Hospício Nacional de Alienados, coloca em prática as idéias de Emil Kraepelin e outros psiquiatras alemães (Falleiros, 1996).

Nesta mesma época, cria-se a escola de enfermagem do Hospital Nacional de Alienados, pelo Decreto nº 791 de 27 de setembro de 1890, com o propósito de melhorar o atendimento desta instituição. Assim, foi tomada a primeira iniciativa oficial para o estabelecimento da enfermagem profissional no Brasil (Ogata e Rodrigues, 1995).

Segundo Resende (1997), o período imediato à proclamação da República é considerado o marco divisório entre a psiquiatria empírica e a científica, a laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle das instituições e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que evocara a si a atribuição da assistência ao doente mental em questões de saúde e doença mental tal como a gravidade da situação exigia.

Várias práticas vão sendo estabelecidas na tentativa de articular o doente mental à sociedade. Nos meados do século XX, surge a construção de Colônias

Agrícolas, como estratégicas terapêuticas e, principalmente, impostas pelo capitalismo brasileiro, que, nesta época, tinha sua economia centrada no modelo agro-exportador com base na monocultura cafeeira, sendo este modelo um fator determinante da política de saúde da época (Barrios e Rossato, 1992).

Para Resende (1997)

a entusiástica adesão à política de construção de colônias agrícolas não se deu apenas por exclusão das outras estratégicas terapêuticas, de eficiência duvidosa, mas também, por ter encontrado ambiente político e ideológico propício ao seu florescimento ( p.47).

Deste modo, o trabalho passou a ser ao mesmo tempo meio e fim do tratamento dispensado ao doente mental.

Segundo relata Motta (1995), na década de 20, surge a praxiterapia, onde o trabalho era visto como uma possibilidade para a transformação dos doentes mentais. Na próxima década, preconizava uma organização assistencial abrangente, com ambulatórios e hospitais; no entanto, o cuidado ao doente mental, nesse período, permaneceu restrito ao interior dos asilos. Na década de 40, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) e ambulatórios psiquiátricos oficiais, na tentativa de prevenir distúrbios mentais. Inicialmente, também neste período, os tratamentos através da psicofarmacologia, as comunidades terapêuticas e a psicoterapia institucional, onde ocorreria um investimento na socialização pelo viés da praxiterapia uma “humanização” dos asilos e a instauração de uma microsociedade dentro dos hospitais psiquiátricos.

Refere a autora que, ao fim da década de 50, a situação era caótica, as instituições asilares estavam superlotadas, havia deficiência de pessoal, maus tratos e

as condições de hotelaria eram más ou piores do que os piores presídios.

Desde os anos 60, discute-se, em nível mundial, o modelo clássico de Assistência Psiquiátrica. Na França, Foucault faz uma análise crítica do modelo médico ocidental e propõe, particularmente, um repensar na Assistência Psiquiátrica. Pinel e Esquirol já o debateram no século passado. O modelo manicomial e asilar era, para esses especialistas, danoso para os pacientes. Na Itália, Franco Basaglia, já na atualidade, enfatizava os danos asilares e apontava o valor terapêutico do convívio familiar e social.

Segundo Resende (1997), a psiquiatria brasileira só será chamada a dar sua contribuição efetiva e adquirir status de prática assistencial de massa após 1964.

A partir de 1970, começa a ser implantada a idéia de se colocar a saúde mental como o centro da problemática psiquiátrica. Em 1972, o Ministério da Saúde lança os princípios básicos que nortearam os rumos da assistência psiquiátrica no país; recomendando a diversificação das ofertas de serviços, sua regionalização; condenando o macro-hospital; e propondo alternativas à hospitalização de atendimento integral, ações especiais dirigidas ao egresso e campanhas para a reabilitação de crônicos, visando “a pronta reintegração social do indivíduo” (Resende, 1997, p.65).

Nesse panorama, a família do doente mental, também, é considerada patológica, pelo sistema de comunicação estabelecido entre os seus membros, seu familiar internado passa a ser localizado num novo lugar entre os termos implicados: o sistema de uma rede de inter-relações que deve ser colocada no horizonte de uma prática terapêutica (Birman, 1988).

A partir dos anos 80, o Brasil passa por mudanças fundamentais na prática da assistência psiquiátrica, até então pautada no modelo hospitalocêntrico e sem projetos efetivos para a reabilitação psicossocial da clientela que assiste.

A reforma psiquiátrica brasileira tem por referência a experiência Italiana, idealizada em 1979, por Franco Basaglia, médico italiano que elaborou a Lei nº 180, daquele país, que proíbia a abertura de novos hospitais psiquiátricos, previa o fechamento progressivo dos já existentes e a criação de outros recursos assistenciais (Casanova, 1997).

Esse processo de mudanças vem ao encontro da demanda do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (movimento de profissionais da assistência psiquiátrica nas instituições públicas) e encontra respaldo na “Declaração de Caracas”, aprovada no dia 14 de novembro de 1990 pela Organização Pan-americana de Saúde, Regional da Organização Mundial de Saúde (OMS) na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. Esse documento condena a estrutura de saúde vigente na grande maioria dos países latino-americanos, em especial a exclusividade historicamente dada ao hospital psiquiátrico enquanto instituição asilar, única forma de assistência aos doentes mentais.

No Brasil, observa-se, neste sentido, a criação de inúmeras estruturas extra-hospitalares de atendimento psiquiátrico, como: hospitais-dia, lares abrigados, oficinas terapêuticas, etc. Além disto, destaca-se a ampliação e intensificação do debate sobre a Reforma Psiquiátrica para o plano legislativo, tendo-se em vista a mudança da legislação psiquiátrica vigente. O projeto de lei de autoria do deputado Paulo Delgado de nº 3657, apresentado na Câmara dos Deputados - e ora em



tramitação no Senado Federal – propõe, então, a extinção progressiva dos manicômios com a sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

Tal projeto de lei, instrumento da Reforma Psiquiátrica, propõe um tratamento que entenda o usuário de forma integral, como um sujeito social com possibilidades de estabelecer relações com a comunidade. Prevê assim que a assistência seja centrada no atendimento em instituições extra-hospitalares, que não desvinculem o problematizado mental de seu meio social, e que seja constituída de ações planejadas em direção a uma desativação gradual das grandes estruturas manicomiais existentes no país. No Rio Grande do Sul, foi aprovada a lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 9716, 07/08/1992 – Governo do Estado do Rio Grande do Sul) inspirada no projeto federal.

Segundo Costa e Colvero (1995, p.51), “o movimento da reforma psiquiátrica traz em seu bojo uma crítica ao modelo clássico da psiquiátrica, às condições de trabalho e à assistência prestada aos doentes mentais”. A Reforma Psiquiátrica não diz respeito somente à clínica, mas também a toda uma reestruturação da sociedade, no que se refere ao acolhimento dos pacientes portadores de transtornos mentais. Devendo ser pensada sob três aspectos: assistencial, cultural e legal.

Por sua vez, o modelo antimanicomial organiza-se como forma alternativa para a atenção à saúde mental, sob a forma de uma rede solidária de núcleos, grupos e pessoas, estando representado em praticamente todas as unidades da Federação.

A assistência psiquiátrica para a saúde mental coletiva, no Brasil, teve um marco teórico e político na 8ª Conferência Nacional de saúde (1986) e 1ª

Conferência Nacional de Saúde Mental (1989). A partir daí, tanto a sua concepção como sua implementação passaram a ter outra forma de desenvolvimento, reorientando o modelo de assistência psiquiátrica, preconizando o resgate da cidadania do doente mental e a inversão do modelo hospitalocêntrico.

Entretanto, Falleiros (1996), através de seus estudos, e experiência profissional constata que:

os maiores avanços dentro da psiquiatria ocorrem mais dentro do campo teórico do que na prática. Desde o seu início até os tempos de hoje, a assistência ao doente mental perdeu seu enfoque de tratamento bárbaro, porém não melhorou o seu lado desumano. Atualmente temos poucas instituições que podem ser classificadas como as que oferecem um tratamento reabilitador, humano, digno e eficiente( p.16 ).

Este também é o pensamento de Massaro (1994, p.9 ) quando faz referência ao tratamento da psicose “enquanto o conhecimento teórico, nos vários níveis de estudo, acumula-se; a prática permanece quase estática”. A grande pluralidade e diferenças conceituais sobre doença mental, a diversidade de informações acarreta um conjunto de conceitos que ficam, em geral, esparsos e pouco relacionados entre si. Com isso, cria-se um distanciamento entre a prática psiquiátrica e esse acúmulo de novas teorizações. Para o referido autor, esse é um dos principais motivos pelos quais a postura com o psicótico tem variado tão pouco e que algumas mudanças institucionais tem surgido, mas a imagem da loucura e o contato com o doente pouco tem mudado.

### **3.4 Noções sobre psicose**

O conceito de psicose, geralmente, é tomado de uma maneira abrangente das doenças mentais, caracteriza-se por profunda mudança ou desorganização da personalidade que, na maioria das vezes, é acompanhada de depressão, ilusões e alucinações.

No DSM – III, os distúrbios psicóticos incluem os distúrbios difusos do desenvolvimento, distúrbios esquizofrênicos delirantes (paranóides), distúrbios psicóticos não classificados noutra lugar, alguns distúrbios mentais orgânicos e alguns distúrbios de humor (afetivos).

O agravamento dessas doenças, com conseqüências sociais e econômicas, acomete e incapacita jovens e adultos de todas as camadas sociais. As psicoses, por terem um curso crônico, necessitam de assistência integral e prolongada de uma equipe multidisciplinar.

A finalidade do tratamento das pessoas que sofrem de doença mental é evitar a cronificação, a exclusão social e reduzir as internações, conforme se estabeleça ou não o processo de melhoria.

#### **3.4.1 Esquizofrenia**

Esquizofrenia é uma das psicoses funcionais completamente abrangente, pois afeta todas as dimensões da existência da pessoa.

Segundo McDermatt (1977, p.345), “Esquizofrenia é um distúrbio do psiquismo e da personalidade, que se manifesta com a consciência lúcida,

caracterizado por diversas alterações nas experiências psíquicas, nos padrões de pensamento e humor”.

A esquizofrenia geralmente se manifesta no início da vida adulta e em ambos os sexos. Os primeiros sintomas da esquizofrenia podem ocorrer de duas maneiras: lenta e gradual, ao longo de semanas e meses, com poucos sintomas, nessa fase inicial; ou de maneira abrupta, em alguns dias ou semanas, com muitos sintomas exuberantes.

Segundo Gabbard (1992), a esquizofrenia é uma doença heterogênea, com manifestações clínicas muito variáveis. Esse autor organiza a sintomatologia da esquizofrenia em três agrupamentos: 1) sintomas positivos, 2) sintomas negativos e 3) perturbações das relações interpessoais.

Taylor (1992) considera os seguintes sintomas como os principais e mais significativos no tratamento da esquizofrenia:

a) delírio

São falsas crenças, não condizentes com o nível de conhecimento do indivíduo e seu grupo cultural, mantidas contra a argumentação lógica e apesar de evidências objetivas em contrário.

b) afrouxamento de associação

Idéia, ou fluxo de pensamento, saindo de uma seqüência e indo para outra sem qualquer relação com a primeira.

c) alteração do pensamento

A pessoa doente tem a sensação de que seus pensamentos não lhe pertencem,

como se eles fossem colocados por outros em sua cabeça. Pode também sentir que seus pensamentos estão bloqueados, influenciados, controlados ou roubados por outrem. A desorganização das idéias é outro tipo de alteração do pensamento, resultando em fala, ou palavras, sem lógicas.

d) alucinação

Percepção sensorial falsa na ausência de estímulo externo real. As alucinações podem durar um dia todo; vários dias; algumas vezes, dura semanas; ou ainda, pode se limitar-se a breves momentos.

e) alteração no afeto

Tom de sentimento plano ou embotado (afeto amplamente inadequado), não demonstra afeto compatível com a situação do momento. A ausência de expressividade emocional se manifesta numa fisionomia congelada e sem mudança de acento ou tom na voz.

f) alteração do senso de self

Conceito mal definido de quem é e do significado de sua vida; perda dos limites do ego.

g) alteração da volição

Diminuição da capacidade de engajar-se em atividades de iniciativa própria e dirigidas para um objetivo. Os pacientes podem mostrar-se ambivalentes, ou seja, têm sentimentos ou vontades opostas ao mesmo tempo, isto os deixa angustiados.

h) alteração no funcionamento interpessoal

Retraimento com relação aos outros; autismo em situações extremas.

i) alteração do comportamento psicomotor

Diminuição ou aumento da atividade física ou mental. Alguns pacientes ficam muito tempo parados, sem movimentação espontânea, com posturas estranhas,

sem falar e andar (comportamento catatônico). Outros paciente podem apresentar o quadro oposto, ficam agitados, não conseguindo fixar-se em quase nada, falam e gesticulam bastante.

O diagnóstico da esquizofrenia baseia-se na identificação dos sintomas clínicos peculiares a esta afecção e na exclusão de outras moléstias que possam produzir sintomas semelhantes.

O tratamento da esquizofrenia é complexo; em geral, é necessário um período de hospitalização. Deste modo, é possível o planejamento de um programa que inclua terapêutica medicamentosa, tratamento psicoterápico e avaliação social.

No tratamento farmacológico, são usados os neurolépticos e antipsicóticos. Os pacientes, que fazem uso desses medicamentos, podem apresentar efeitos colaterais, como é o caso dos sintomas extrapiramidais: as distonias agudas, parkinsonismo (impregnação), ataxia, etc. Para o alívio desses efeitos, são usados medicamentos anticolinérgicos, antihistamínicos ou beta-bloqueadores. Em alguns casos, é necessário associar benzodiazepínicos (diazepan) como complemento dos antipsicóticos, principalmente no caso de pacientes agitados e ansiosos (Kaplan e Sadock, 1990).

Autores, como Kaplan e Sadock (1990), Gabbard (1992), Taylor (1992), Massaro (1994), enfatizam a importância da psicoterapia de apoio no tratamento da esquizofrenia, tais como: grupoterapia, terapia ocupacional, familiar e individual. A psicoterapia pode ajudar o paciente esquizofrênico, para isso é necessário estabelecer uma aliança de trabalho, a fim de orientá-lo na resolução de seus problemas pessoais e sociais.

### 3.4.2 Distúrbio de Humor

O distúrbio de humor é um grupo de condições clínicas caracterizadas por perturbação do humor, perda do senso de controle e uma experiência subjetiva de grande angústia (Kaplan e Sadock, 1990).

Dentre os distúrbios de humor, discutiremos a depressão e o transtorno bipolar.

#### a) Depressão

Segundo Taylor (1992), os indivíduos com diagnósticos de transtorno depressivos sofrem de um humor deprimido, de perda de interesse (ou prazer) por todas (ou quase todas) as atividades durante, pelo menos, duas semanas. Os sintomas associados incluem alteração do apetite, subsequente diferença de peso, perturbação do sono, agitação e retardo psicomotor, diminuição da energia, sentimentos de desvalia e culpa, dificuldades para pensar (ou concentrar-se) e pensamentos recorrentes sobre morte. A depressão é duas vezes mais freqüente na mulher do que no homem.

Os antidepressivos, usados para o tratamento de pacientes com depressão, fazem parte de uma importante categoria de medicamentos psicotrópicos. Os antidepressivos encaixam-se em duas principais estruturas químicas: os antidepressivos tricíclicos e os inibidores da monoamina oxidase.

Os principais adventos colaterais dos antidepressivos são: secura na boca, dificuldade de acomodação visual, hipotensão postural, retenção urinária leve e constipação. Também podem produzir tremores nas extremidades superiores,

convulsões, torção e ataxia.

Associada com a terapia medicamentosa está a psicoterapia, sendo esta uma modalidade de tratamento para depressão. A psicoterapia pode ter de apoio, grupoterapia, terapia ocupacional; é importante frisar que a participação da família é indispensável no tratamento. Gabbard (1992) relata a possibilidade da intervenção psicoterapêutica, mesmo nas formas mais graves e psicótica da depressão. Afirma ainda que “o estabelecimento do significado interpessoal e do contexto de sua depressão é central na abordagem psicodinâmica de pacientes deprimidos” (p.141).

#### b) Transtorno bipolar

Segundo Taylor (1992), os indivíduos com diagnóstico bipolar apresentam história de um ou mais episódios maníacos, geralmente com um quadro anterior de situações de depressão maior. Nesses momentos, a excitação pode ser tão pronunciada e prolongada que o indivíduo chega a expressar a crença de que é tudo possível, ou logo estará consumado, e que cada desejo será atendido. As idéias emergem de um modo fácil. O pensamento parecer vir sem qualquer esforço; a memória apresenta-se mais ágil e o indivíduo mostra uma inteligência rápida, mas superficial. O indivíduo pode ficar agressivo, tende a ser dominador e a tornar-se irritável e hiperativo. Quando precisam ser impostos limites para esses comportamentos, ele torna-se barulhento e, às vezes, violento. Frequentemente, expressa idéias de grandeza e delírios de ter poder e riqueza.

Em um outro momento, esse mesmo indivíduo agressivo e hiperativo pode exibir um comportamento bastante diferente: dentro de poucos meses, ele pode estar



triste, ter dificuldades para pensar e expressar seus sentimentos, estar muito lento em suas respostas físicas, ou mostrar agitação. Também poderá ter dificuldades para formular respostas, perder sua capacidade para concentrar-se, e ser incapaz de escolher uma linha direta de ação; ter remorso e autodegradação, ou ser sufocado por um sentimento de culpa. O perigo do suicídio é o aspecto mais relevante desse estado de ânimo e, por isso, justifica-se o máximo de cautela e consideração no atendimento e tratamento.

Outro aspecto a que a referida autora ressalta, nos transtornos de humor, é que, mesmo após repetidos ataques, a capacidade intelectual raramente é prejudicada.

Durante a remissão desse transtorno, o indivíduo geralmente é capaz de continuar com sua ocupação habitual, e viver uma vida inteiramente normal. Embora não existam fatores causadores específicos para o transtorno de humor, os quais possam ser identificados dentro dos critérios de certeza científica, alguns cientistas acreditam que a hereditariedade é um fator, já que 60% a 80% desses indivíduos vêm de famílias nas quais existe uma história dessa doença (Kaplan e Sadock, 1990).

O autor diz que, no tratamento do transtorno de humor, são usados medicamentos como: o lítio, os diazepínicos e os antipsicóticos. Atualmente, o lítio é reconhecido como uma droga efetiva no tratamento da mania e na prevenção de recorrência dos transtornos bipolares, quando administrada em uma base de manutenção. O lítio não prejudica a atividade e a capacidade da vida emocional, a consciência, a qualidade da vida emocional. Os sintomas adversos ao lítio são: náusea, cólica abdominal, vômito, diarreia, sede e poliúria. Os casos mais graves incluem lesão nefrótica e hepática. Os efeitos colaterais das medicações psicotrópicas e sintomas clínicos são dados importantes no cuidado de enfermagem.

O tratamento denominado Eletroconvulsoterapia(ECT) recebeu má impressão desde que foi introduzido nos anos de 1940. Entretanto, técnicas refinadas recentes ressuscitaram o seu uso, particularmente para depressão grave e, principalmente, nos casos que não respondem a antidepressivos ou não toleram medicações. Segundo relata Isaacs (1998), não é conhecido exatamente o mecanismo pelo qual produz uma resposta terapêutica do ECT.

No HUSM, tenho acompanhado o tratamento de alguns pacientes em uso de ECT, como é o caso dos pacientes participantes deste estudo (Deodata e Tales). Atualmente esta terapia é realizada no bloco cirúrgico sob efeito de anestésicos.

A psicoterapia de grupo, outra modalidade de tratamento, é utilizada para auxiliar o tratamento medicamentoso e favorecer o ambiente seguro, no qual o paciente possa aprender habilidades no relacionamento interpessoal e testar a realidade.

Na continuidade deste estudo, realizo um levantamento bibliográfico referente à evolução da assistência de enfermagem e à importância de se manter-se um relacionamento terapêutico com o paciente e a família.

### **3.5 O cuidar em enfermagem psiquiátrica**

O ensino de enfermagem, no Brasil, teve sua primeira tentativa de sistematização no Hospital Nacional de alienados. No ano de 1890, chegaram ao Brasil enfermeiras francesas para substituírem às irmãs de caridade. Nesta época, foi criado o estabelecimento de ensino chamado de “Escola Profissional de Enfermeiras

e Enfermeiros”, com modelo pedagógico francês. A escola era dirigida por médicos. Além do objetivo de resolver o problema da falta de pessoal qualificado para atender ao hospital, tinham a pretensão de formar profissionais, através de uma escola controlada por eles, dando continuidade à institucionalização do poder médico como elemento central da assistência à saúde. Nos primeiros dez anos de sua criação, a escola não conseguiu concretizar seus propósitos. Em 1921, após trinta anos de sua criação, o então o ministro da justiça, Dr. Alfredo Pinto de Melo, aprovou o novo regimento da escola, passando a ser chamada de Escola Profissional de Enfermagem Alfredo Pinto (Casanova, 1997).

Segundo refere esta autora, em 1923, foi criada a Escola de Enfermagem Anna Nery<sup>1</sup>, sob os moldes norte-americanos (modelo Nightingaliano). O elemento-chave deste modelo é a disciplina, tal característica é incorporada pela enfermagem, a fim de normatizar e regulamentar toda a vida do hospital. O caráter disciplinar encontra eco no tratamento instituído por Pinel, em que o hospício se organiza a partir do poder disciplinar, acreditando ser terapêutico enquanto instrumento de modificação comportamental dos pacientes. Também via na “autoridade” um dos principais aspectos terapêuticos, quer com seus auxiliares, quer com seus pacientes.

Miranda apud Casanova (1997) relatam que:

toda a violência e a agressividade do hospício são creditados ao desempenho violento e agressivo do enfermeiro, a quem cabe, por herança secular, o serviço sujo das pequenas cotidianas atrocidades do espaço asilar: amarrar, conter, gritar, ofender, impor-se pela robustez física, proibir, aplicar as medidas terapêuticas prescritas, tudo em nome da pseudo-ordem do hospital (p.36).

---

<sup>1</sup> A EEAN não se ocupou com o ensino da assistência aos doentes mentais nas décadas de 20 e 30. Só no final dos anos 40, os enfermeiros desta escola buscam aperfeiçoamento na área psiquiátrica, nos EEUU.

De acordo com a referida autora, esta prática pautava-se no paradigma tradicional da psiquiatria e também da enfermagem psiquiátrica. Com essa orientação, o “assistir” era principalmente sinônimo de vigiar, disciplinar e punir os doentes mentais no hospício.

Segundo Stefanelli (1983), com o surgimento das drogas psicotrópicas e as novas terapêuticas psicológicas, a função da enfermeira psiquiátrica deixa de ser puramente técnica e começa a valorizar a relação pessoa-pessoa.

Os trabalhos de Sullivan (1953) levaram-no a definir psiquiatria como o estudo das relações interpessoais e afirmam que a pessoa só existe quando em relação com outra. Peplau (1952) diz que a enfermagem é um processo interpessoal terapêutico entre duas ou mais pessoas; que este processo torna-se mais útil quando ambos, enfermeira e paciente, “crescem” como resultado da aprendizagem ocorrida na situação de enfermagem.

O relacionamento terapêutico em nosso meio foi introduzido por Arantes desde 1968, conforme registra Stefanelli (1983), passando a ser a base do ensino na Escola de Enfermagem de São Paulo.

O saber psiquiátrico procurou outros rumos, mas não encontra até a década de 70, quando movimentos, visando à extinção dos manicômios, começam a acontecer em todos os espaços sociais e, apesar de algumas resistências, ganham força. Entretanto, na opinião de Casanova (1997, p.36), “a prática da enfermagem psiquiátrica continuou presa aos princípios Pinelianos”.

A enfermagem psiquiátrica, após a década de 80, vem tendo uma participação mais efetiva nas políticas de saúde mental, fazendo parte da equipe

interdisciplinar. Assim, refere-se Fraga (1995, p.17), “a prática de enfermagem psiquiátrica, enquanto se realiza, reflete um conjunto de determinações históricas que se esboçam no modo como o serviço é prestado”.

Nas últimas décadas, a assistência ao doente mental, passou a ter novos rumos, principalmente após a realização da conferência sobre a estruturação da atenção à Saúde mental de Caracas (1990). Desde então, criaram-se diretrizes nesta área, não só sobre a importância de promover a reorganização dos serviços de atendimento, como, também, pela necessidade de salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis dos doentes mentais.

Foi realizada, em Brasília, a II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992). O relatório final desta conferência afirma que o processo saúde/doença deve ser entendido, levando-se em consideração o modo de vida, a origem, as referências das pessoas, e sendo respeitadas as diferenças individuais. O relatório ainda recomenda que a saúde mental se ocupe da pessoa em sua existência-sofrimento, isto é, o sofrimento no decorrer da vida, e não apenas situações caracterizadas como doença. As novas orientações, para a promoção da saúde mental, destacam a importância do trabalho multidisciplinar. As atividades desenvolvidas no tratamento dos doentes mentais são específicas de cada profissional, mas toda a equipe estabelece um relacionamento com o cliente. A enfermagem se caracteriza, entre outros aspectos, pela permanência das 24 horas na instituição, percebe o paciente num ângulo diferente de outros profissionais, com uma filosofia própria. O cuidado de enfermagem é um processo interpessoal, onde o profissional assiste o indivíduo, a família e a comunidade na promoção da saúde, na prevenção da doença mental, e auxilia nas expressões de doença.

Com o processo de enfermagem, surgiram termos como assistência e cuidado de enfermagem; ambos podem ser usados com o mesmo significado; porém, de modo geral, Horta (1979) considera assistência de enfermagem como:

a aplicação, pelo enfermeiro, do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender às necessidades básicas do ser humano( p.36).

Segundo essa autora, o conceito de cuidado de enfermagem

é uma ação planejada, deliberada ou automática do enfermeiro, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição de ser humano (p.36).

Waldow (1998) define processo de cuidar

como o desenvolvimento de experiência, intuição e pensamento crítico realizados para e com o paciente/cliente/ser cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humana (p.149).

No cuidado do paciente mentalmente enfermo, a enfermagem utiliza-se de si mesmo como a principal ferramenta terapêutica. Esse relacionamento de interação, desenvolvido entre enfermeira e paciente, segundo Taylor (1992), pode ser um dos fatores mais importantes para a experiência terapêutica .

Conforme Falleiros (1996),

a interação ocorre em qualquer situação da vida cotidiana e permite, tanto aos seres humanos, quanto aos grupos, dividirem experiências, significados e refletirem sobre suas situações. Portanto, é parte integrante do processo de viver, porque ela permite compartilhar e é através desse processo de constante atividade que estruturas, organizações, ritos de cuidado e papéis sociais são desenvolvidos (p.46).

O Cuidar é um processo interativo que ocorre entre o profissional e a pessoa que necessita e vem em busca de ajuda. Neste processo, a participação de quem cuida e de quem é cuidado contribui no desempenho para atingir os objetivos e o alcance das metas nas ações de cuidado. O paciente pode ser mais ou menos participativo, seu comportamento e atitudes vão depender de suas condições de saúde e do incentivo do profissional em estimular sua participação. Na assistência de enfermagem, as metas são atingidas através de interações entre enfermeira e paciente (King, 1881).

Conforme Stefanelli (1996), é dentro de um campo interacional que as pessoas se percebem, partilham o significado de idéia, pensamento e propósitos, modificando-os neste processo de interação com outros; o ser humano não pode existir sem se comunicar e atribuir significados às coisas. É através da comunicação que alcançamos objetivos para a vida.

O processo de interação torna-se terapêutico à medida que os encontros entre enfermeira, paciente e familiares são orientados por objetivos planejados mutuamente. Para Tavares, (1998, p.101 ) “o processo interativo ocorre através de um ou mais contatos enfermeiro-paciente tendo como meta a ajuda”. Esse relacionamento, com participação de ambas as partes irá construir uma “relação de ajuda”.

Rogers (1982, p.43) define relação de ajuda como “uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos

internos latentes do indivíduo”. Tendo, no entanto, segundo o autor, o objetivo geral de facilitar o crescimento pessoal interno da pessoa.

Fiedler apud Rogers (1982, p.47) cita 3 fatores que caracterizam relações de ajuda:

- a) “uma receptividade sensível às atitudes do paciente”;
- b) “capacidade para compreender o que o paciente pretende significar e os seus sentimentos”;
- c) “interesse caloroso, sem uma excessiva implicação emocional”.

Segundo Isaacs (1998), na relação terapêutica enfermeira-paciente, os papéis e as responsabilidades devem ser definidos com clareza, sendo que, a enfermeira é uma auxiliar e facilitadora profissional, e o foco desta relação, são as necessidades e os problemas do cliente. A referida autora também considera importante o desenvolvimento de uma comunicação franca, avaliação da razão pela qual o cliente procura ajuda, estabelecimento de metas em comum acordo, exploração dos problemas, e o esclarecimento dos valores pessoais e profissionais.

King (1981) e Stefanelli (1993) salientam que a comunicação é um aspecto importante e indispensável na interação que estabelecemos com o paciente; deste modo, podemos tentar compreender sua visão de mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir. Só assim, identificamos os problemas, a partir do significado que ele atribui aos fatos os quais lhe ocorrem e, portanto, tentamos ajudá-lo a encontrar meios para manter ou recuperar sua saúde .

Segundo Stefanelli (1993), é por meio da comunicação, vivenciada pela enfermagem e paciente ao interagirem, que a enfermagem pode definir metas e objetivos a serem atingidos pelo paciente, por ela própria ou em conjunto, para



ajudá-lo a sentir-se como ser humano digno, capaz de encontrar soluções para seus problemas, de ser útil a seus semelhantes e de contribuir para a sociedade em que vive. A enfermeira deve esforçar-se por conhecer o repertório do paciente para poder partilhar com ele suas idéias, torná-las comum, compreendê-lo. Assim, poderá ajudá-lo no seu processo de mudança e de recuperação da sua saúde, oferecendo elementos ao nível de sua compreensão, afim de que ele possa restaurar sua vida.

Peplau (1952), Travelbee (1979) e Stefanelli (1993) preconizam algumas técnicas e passos para tornar terapêutica a interação enfermagem/paciente :

- estimular o paciente a descrever sua experiência;
- manter o foco num só assunto;
- clarificar as idéias expressas pelo paciente;
- expressar-se em termos concretos;
- evitar fazer perguntas que não estimulam respostas;
- devolver a pergunta feita ao paciente;
- validar a compreensão, os sentimentos não expressos verbalmente e demonstrar interesse pelo paciente.

O cuidado de enfermagem psiquiátrica tem o compromisso de proporcionar o desenvolvimento de um projeto de vida junto ao paciente e familiar, tendo como finalidade o resgate de sua autonomia. O profissional de enfermagem, através de uma avaliação sistemática das necessidades humanas básicas e do incentivo a tomada de decisões, poderá promover um atendimento direcionado, participativo e integral ao paciente com sofrimento psíquico.

No próximo seguimento deste trabalho, procuro sistematizar algumas abordagens sobre o processo saúde e doença mental.

### **3.6 Uma reflexão sobre o adoecimento mental a partir da compressão do ser humano em sua totalidade**

Partindo do princípio que o ser humano deve ser visto como sua totalidade, na qual não existe separações, na sua dimensão biopsíquica e social, em sua origem, formação e desenvolvimento, questiona-se; enfim, é possível separar o biológico do psíquico e do social em termos de doença mental? Esses limites esbarram no terreno das hipóteses sobre a gênese do adoecer em que as correntes biológicas, psíquica e social travam uma férrea batalha em seus guetos de conhecimento, muitas vezes, isolados em suas verdades teóricas, estanques e distantes do sofrimento dos doentes. (Hototian, 1999).

O ser humano, no transcorrer de sua vida, desenvolve valores, crenças e padrões de avaliação a respeito de saúde e doença, desta forma, procura estabelecer conceitos e parâmetros que possam servir como indicadores de normalidade.

A teórica Imogene King (1981), ao construir uma estrutura conceitual, estabelece conceitos que são essenciais ao entendimento da enfermagem, sendo que a saúde dos indivíduos e grupos é a meta principal do cuidado de enfermagem. Na teoria de consecução de metas, a autora define saúde como “experiência dinâmica de vida de um indivíduo a qual implica ajustes aos fatores estressantes no ambiente interno e externo” (p.5); em sua concepção, é através de uso adequado de recursos que se alcança o máximo de potencial para a vida diária. Discute saúde como um estado funcional. Afirma também que os ajustes à vida e à saúde são influenciados pelas interações dos indivíduos com o meio. Esse contínuo esforço de ajustamento

ocorre com a finalidade manter um certo equilíbrio entre as necessidades internas do indivíduo e as limitações do ambiente.

Neste sentido, saúde é o resultado das adaptações necessárias a um organismo, e para que possa funcionar de acordo com as condições do ambiente, está em constante mudança. A saúde é uma meta que as pessoas continuamente tentam alcançar.

Por outro lado, em um sentido abrangente, King (1981) considera doença como “um desvio do normal, ou seja um impasse na estrutura biológica, ou no construto psicológico, ou um conflito nas relações sociais de uma pessoa”. Portanto, é o resultado de uma interferência no estado funcional da pessoa e sua relação consigo, com os outros e com o ambiente.

A partir do pensamento de King (1981), refletimos sobre o adoecer mental; primeiramente, elucidamos alguns aspectos e questionamentos sobre o normal e o anormal. Os termos, segundo os quais se procura dar uma definição sobre saúde, doença e adoecer mentalmente, são explicitamente ou implicitamente relacionados.

Poderíamos enumerar vários questionamentos sobre o que é saúde e doença mental, normalidade e anormalidade. Para Fromm (1974) e Perusi (1995), esses conceitos dependem da cultura e dos costumes de um povo. Autores como Kaplan e Sadock (1990) e Gabbard (1992) consideram como causa da doença mental os fatores psicológicos e orgânicos. Enfim, uma infinidade de conceitos, explicações e pesquisas são realizadas para decifrar os enigmas da mente humana.

Erikson apud Kaplan e Sadock (1990) referem normalidade como a capacidade para dominar os períodos da vida: confiança e desconfiança; autonomia e dúvida; iniciativa e culpa; atividade e inferioridade; identidade do ego e confusão de

papéis; intimidade e isolamento; produtividade e estagnação; integridade do ego e desespero.

Para Fromm (1974), a saúde mental

se caracteriza pela capacidade de amar e criar, pela libertação dos vínculos incestuosos com o clã e o solo, por uma sensação de identidade baseada no sentimento de si mesmo como o sujeito e o agente das capacidades próprias, pela capacitação da realidade interior e exterior, isto é, pelo desenvolvimento da objetividade e da razão (p.78).

Atualmente, as visões sobre saúde e doença mental são diversificadas, e as especializações procuram estabelecer descobertas e tratamentos para os importantes e diferentes aspectos do complexo “mundo do normal e do anormal”. Tal situação é estudada por médicos, filósofos, psicólogos, e muitos outros profissionais, há muito tempo, sem que tenham conseguido um consenso.

A psiquiatria lida com o fenômeno patológico, do qual se faz necessário o diagnóstico de normal; lida com os aspectos da consciência, fazendo-se necessário um inventário histórico: queixa principal, história pregressa da moléstia atual, antecedentes pessoais e familiares e exame físico. Leva em conta os sintomas e sinais como em toda propedêutica médica, partindo do ponto de vista que a doença mental é primariamente biológica. Sem dúvida alguma, o desenvolvimento da psiquiatria biológica representa um notável avanço na compreensão do aspecto biológico do adoecer mental (Hototian, 1999).

De um modo bastante esquemático, pode-se dizer que a doença mental é tradicionalmente concebida por analogias com as demais doenças orgânicas, a assumindo feição de uma entidade natural manifestada por sintomas. Por exemplo: “alterações” de pensamento, da linguagem, da motricidade, da emotividade, etc.

Essas são agrupadas pela medicina mental em conjuntos coerentes, cuja análise busca revelar a essência da doença. Ao lado, portanto, da constituição de uma sintomatologia, é elaborada uma nosografia na qual o doente encontra-se perturbado ao nível da realização de ações que visam satisfazer às necessidades da personalidade, bem como, realizar suas possibilidades.

As perspectivas teóricas indicadas acima, a organicista e a psicofuncional, ambas pressupõem logicamente uma norma objetiva da saúde que permita avaliar as doenças. No caso da primeira, essa norma estaria inscrita no bom funcionamento fisiológico do organismo. No caso da segunda, em uma harmonia natural das relações entre funções psíquicas.

No entanto, a consciência que o doente tem de sua doença é rigorosamente original. O doente reconhece sua anomalia e dá-lhe, pelo menos, sentido de uma diferença irreduzível que o separa da consciência e do universo dos outros (Foucault, 1974).

Numa visão social, Perusi (1995) afirma que doença mental.

é um construto social, ou seja, ela é construída socialmente como uma experiência individual e coletiva. A sua significação social gera uma polissemia porque todos os indivíduos e os grupos sociais podem, em última análise, proferir um sentido, embora na sociedade moderna, a Medicina tenha, para isso, um nova legitimidade. Existiria, portanto, uma distribuição social - comumente assimétrica - de significações da doença mental, cada uma com a sua pretensão de validade (p.169).

Saúde e doença, do ponto de vista de sua significação social, são categorias orientadas de valor, porque suas significações sociais influenciam as nossas atividades, os nossos comportamentos e orientam, de forma normativa, nossas

decisões quanto ao proibido, ao evitado, ao escolhido e ao proferido. Enquanto que o 'modo de estar' do paciente na sociedade é condicionado pela dinâmica social e histórica (Perusi, 1995).

Todavia, o homem considerado *normal* consegue viver e dominar a sua vida dentro de uma coerência, não perde a sua consciência do "eu", consegue refletir sobre diversas situações e possui basicamente um senso crítico de si mesmo. Assim, o indivíduo é considerado doente em relação aos outros e em relação a si mesmo, sendo impossível definir doença mental em si mesma. O doente toma consciência da doença no interior da doença, esta consolidado nela e, no momento em que a percebe, exprime-a. A maneira pela qual um sujeito aceita ou recusa sua doença, o modo pelo qual a interpreta e dá significação a suas formas mais obscuras, tudo isto constitui uma das dimensões essenciais da doença (Foucault, 1994).

Segundo King (1981), a maneira que as pessoas percebem o significado de saúde dependerá de suas experiências passadas, do ambiente no qual vivem, e de seu conceito de saúde. As crenças e rituais têm lugar muito importante na vida das pessoas, especialmente naqueles momentos de crises da vida. Neste contexto, os profissionais da saúde exercem influência nas noções de saúde de uma cultura, especialmente ensinando aos indivíduos maneiras de lidar com mudanças e de manter e melhorar sua saúde.

Percebe-se, portanto, que não é possível olhar para o homem sem ver uma mente e um corpo e que ambos necessitam de cuidados, desde a sua concepção até os seus últimos dias, independente da classe social, condição econômica e de estarem ou não doentes.

## **4 MARCO CONCEITUAL**

Winter e Salles (1996, p.49) conceituam marco referencial como “o conjunto de conceitos, categorias e construtos que constituem o arcabouço teórico, onde se situam suas preocupações científicas, particularmente, os problemas cognitivos que o preocupam”.

Partindo dos pressupostos estabelecidos, desenvolvemos a prática assistencial alicerçada nos conceitos prescritos por King (1981), bem como outros que representam nossas crenças quanto ao doente mental e o cuidado de enfermagem para o mesmo.

O marco teórico deste estudo foi fundamentado na Teoria de enfermagem de Imogene King e no Planejamento Educacional Participativo de Rezende, com vista nos aspectos assistenciais, educativos e éticos que envolvem o cuidado de enfermagem ao paciente com doença mental.

### **4.1 Pressupostos**

Partindo-se do princípio de que o marco conceitual apóia a discussão sobre o fenômeno que o pesquisador quer discutir, enriquecido por seus conhecimentos e vivências, bem como pelo estudo da literatura, pode-se inferir e apresentar suas

pressuposições sobre a prática que realiza. Como a terminologia, orienta o fato de serem “pré”, alerta para que não sejam aceitos como conceitos acabados ou perenes, e sim em processo de mudança. Com este intuito, apresentamos os pressupostos que nortearam a prática assistencial:

- a interação entre enfermeira e paciente com sofrimento psíquico ocorre quando há uma troca de informações e percebem-se um ao outro e a situação vivenciada;
- a fixação mútua de metas ocorre quando a enfermeira, com conhecimento e habilidades, transmite informações adequadas aos pacientes, através do processo de ação, reação e interação;
- o estresse ocorre quando há conflito de papéis por parte do enfermeiro, do paciente, ou de ambos durante a interação enfermeira-paciente;
- o doente mental e/ou a família são participantes ativos e capazes de manterem um relacionamento de interação terapêutica com equipe de enfermagem;
- o cuidado participativo ocorre quando a equipe de enfermagem, o paciente e/ou a família tomam parte no planejamento e implementação da assistência.
- A relação interpessoal no cuidado de enfermagem torna-se terapêutico quando a equipe de enfermagem ajuda o paciente e a família a conscientizar-se da situação vivenciada, auxiliando-os na busca da melhor maneira de lidar com emoções conflitantes e melhor ajustar-se a um ambiente em transformação.

## **4.2 Conceitos**

Os conceitos constituem-se em parâmetro e entendimento que permeiam metodologicamente a prática assistencial; sendo revistos e adaptados conforme a realidade. Mas é importante salientar que o enfermeiro deve ter bem claro o que



significa para si o objeto de sua prática e o que dela faz parte.

Trentini (1987) define conceitos como:

abstração ou imagens mentais de objetos, propriedades ou eventos que simbolizam a realidade, um conceito pode ser percebido por duas ou mais pessoas e cada pessoa pode ter uma percepção diferente do mesmo conceito. Isto quer dizer que conceito pode ter diferentes significados (p.136).

Seguindo o modo de pensar da autora, salientamos que os conceitos que direcionaram a realização do estudo proposto foram os dos autores referenciados no marco conceitual, bem como de nossas crenças e valores.

#### **4.2.1 Seres humanos**

O ser humano é parte integrante do universo dinâmico, sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço, mantém interação constante com o ambiente em que vive. Sendo dotado de capacidade de reflexão, poder de imaginação e simbolização, conseqüentemente é um agente de mudanças.

O ser humano mantém sua saúde através de experiências dinâmicas de vida e nos ajustamentos contínuos aos estressores, tanto no ambiente externo como no ambiente interno. Quando este adocece, ocorre um desequilíbrio na estrutura biológica, ou em seus contrutos psicológicos, ou um conflito nas relações sociais (King,1981).

Nas palavras de Bettinelli (1998, p.12), “o homem, por natureza é um ser social, um ser de interação, um ser de interdependência”. Segundo o autor, o homem

crece e se realiza quando troca suas experiência e sua vivência com o outro, ou seja, se fizer uma troca de sentimentos.

#### **4.2.2 Saúde e doença**

Para Minayo (1996) Saúde e Doença são:

fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque as formas como a sociedade os experimenta, cristalizam e simbolizam as maneiras pelas quais ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas (p.16).

De acordo com a 1ª Conferência Nacional de Saúde mental (1989):

Saúde mental é um estado de relativo equilíbrio e integração dos elementos constitutivos do sujeito, da cultura e dos grupos, com crises previsíveis e imprevisíveis, registradas subjetiva e objetivamente, no qual as pessoas ou grupos participam ativamente em suas próprias mudanças e nas mudanças de natureza social (Conceito sistematizado por GALLI, 1989).

#### **4.2.3 Ambiente terapêutico**

Stefanelli (1993, p.43) refere como ambiente terapêutico “o local onde se dá o processo de comunicação enfermeiro-paciente”. Sendo que a equipe de enfermagem é elemento indispensável na criação e a manutenção de um espaço que favoreça o desenvolvimento de um ambiente terapêutico.

A presença de um ambiente terapêutico é fator fundamental na assistência de enfermagem aos doentes mentais, independente do local de tratamento. O ambiente terapêutico deve ter como objetivos: ajudar o paciente a desenvolver o

senso de auto-estima e valor pessoal; melhorar sua capacidade de interagir com as outras pessoas e com o meio ambiente; recuperar a confiança nas pessoas; que possibilite o retorno do paciente à comunidade o mais breve possível, tentando evitar a institucionalização.

Segundo Grando e Centeno (1997) e Taylor (1992), para melhor atingir os objetivos do ambiente terapêutico, é necessário possuir as seguintes características:

- Condição de satisfazer as necessidades físicas do paciente;
- O paciente deve ser respeitado como indivíduo que possui direitos, necessidades e opiniões, sendo encorajado a externá-las;
- A autoridade para tomar decisões deve estar definida e distribuída apropriadamente entre a equipe e os pacientes;
- Oferecer proteção aos pacientes, evitando ferimentos a si próprio ou aos demais, sofrendo apenas restrições necessárias a essa proteção;
- Oferecer oportunidade de liberdade de escolha, de acordo com a capacidade de individual;
- Dar ênfase à interação social entre paciente, família e equipe, sendo que a estrutura física e aparência do ambiente devem facilitar essa interação;
- Manter uma programação estruturada, porém flexível.

#### **4.2.4 Enfermagem**

Enfermagem, para King (1981)

é um processo de ação, reação e interação, pelo qual, enfermeira e cliente, compartilham informações sobre suas percepções da situação de enfermagem e concordam com os objetivos (p.2).

Portanto, enfermagem é perceber, pensar, relacionar, julgar e agir face ao comportamento de indivíduos que manifestam a necessidade de seus cuidados.

Segundo Taylor (1992)

Enfermagem psiquiátrica é um processo onde a enfermeira auxilia as pessoas, individualmente ou em grupos, a desenvolverem um auto-conceito mais positivo, um padrão mais gratificante de relacionamento interpessoal e um papel mais satisfatório na sociedade (p. 55).

Travelbee apud Paula (1985) explica que a enfermagem psiquiátrica, além de ser uma forma especializada da enfermagem, é parte integrante da enfermagem geral. Desta forma, leis, princípios e conceitos, trabalhados pelas teorias de enfermagem, são aplicáveis na enfermagem psiquiátrica.

#### **4.2.5 Interação**

King (1981, p.4) define interação como “um processo de percepção e comunicação entre uma pessoa e outra, que se manifesta por condutas verbais e não verbais dirigidas para um objetivo”. Cada indivíduo implicado na interação (enfermagem, paciente e família) apresenta diferentes conhecimentos, necessidades, objetivos, experiências passadas e percepções que influenciam sobre as interações.

As interações são os atos de duas ou mais pessoas em presença mútua. É através das interações que uma pessoa revela o que pensa e sente em relação a uma outra pessoa; como cada um percebe o outro e o que o outro faz para ele; quais suas expectativas e como cada um reage às ações do outro.

#### 4.2.6 Relacionamento terapêutico

A assistência de enfermagem psiquiátrica tem como base o relacionamento terapêutico entre enfermeira e paciente. Segundo Furegato (1999), *ser terapêutico* na enfermagem significa interagir de forma a ajudar o outro naquilo que ele precisa, devendo permear em toda conduta do enfermeiro frente a pessoa que passa por episódios de sofrimento, seja físico ou psíquico.

A relação entre enfermeiro e paciente torna-se terapêutica à medida que o profissional ajuda à pessoa a clarificar suas idéias, a perceber com mais objetividade o que pode estar interferindo no seu funcionamento emocional, permitindo expressar seus sentimentos. Assim, compreendemos o comportamento do outro através da percepção que ele tem das coisas.

De acordo com a autora citada acima, o relacionamento terapêutico pode ser de duas maneiras: por meio de interações terapêuticas durante os procedimentos de enfermagem e sob forma de seguimentos do processo de enfermagem.

Para Stefanelli (1983)

o relacionamento terapêutico é constituído de uma série de interações entre enfermeira-paciente, planejadas, com objetivos definidos sendo que a responsabilidade pelo processo do relacionamento terapêutico é muito mais da enfermeira que deve ter conhecimento científico, habilidade profissional e pessoal para tal, isto é, ajudar o outro crescer a ser uma pessoa com direitos e deveres (p.44).

O relacionamento terapêutico se desenvolve através experiências interpessoais que facilita a realização de um cuidado compreensivo, na tentativa de levar o paciente a encontrar soluções mais adequadas a sua situação da saúde e a condição social em que vive.

#### 4.2.7 Cuidado participativo

Cuidado participativo<sup>2</sup> é um processo de interação entre os profissionais de enfermagem, o paciente e os familiares, pelo qual percebem-se e vivenciam uma situação de cuidado, com finalidade de restabelecer a saúde e aliviar os conflitos interpessoais. Nesta relação de cuidado, são valorizadas as experiências, as crenças e as percepções sobre saúde e doença. Os objetivos do cuidado são fixados através da comunicação, onde são explorados os meios e diferentes pontos de vistas para alcançar metas que buscam o restabelecimento da saúde mental.

No que concerne aos pacientes, uma ação participativa propicia um melhor esclarecimento sobre a doença mental, demonstrando que são patologias como inúmeras outras, às quais é possível estabelecer diagnósticos confiáveis e tratamentos eficazes. No cuidado participativo, a enfermagem troca informações e orienta a família na identificação dos sintomas mais comuns da doença, auxilia na compreensão da natureza dos transtornos mentais e ajuda a diminuir o estigma da doença mental.

Durante o cuidado participativo, os pacientes são estimulados a envolver-se no tratamento, ressaltando os aspectos sadios e respeitando a vulnerabilidade da condição atual. O mais importante é a individualização do tratamento e a dignidade do paciente, garantindo sua qualidade de vida e dos cuidados durante a internação.

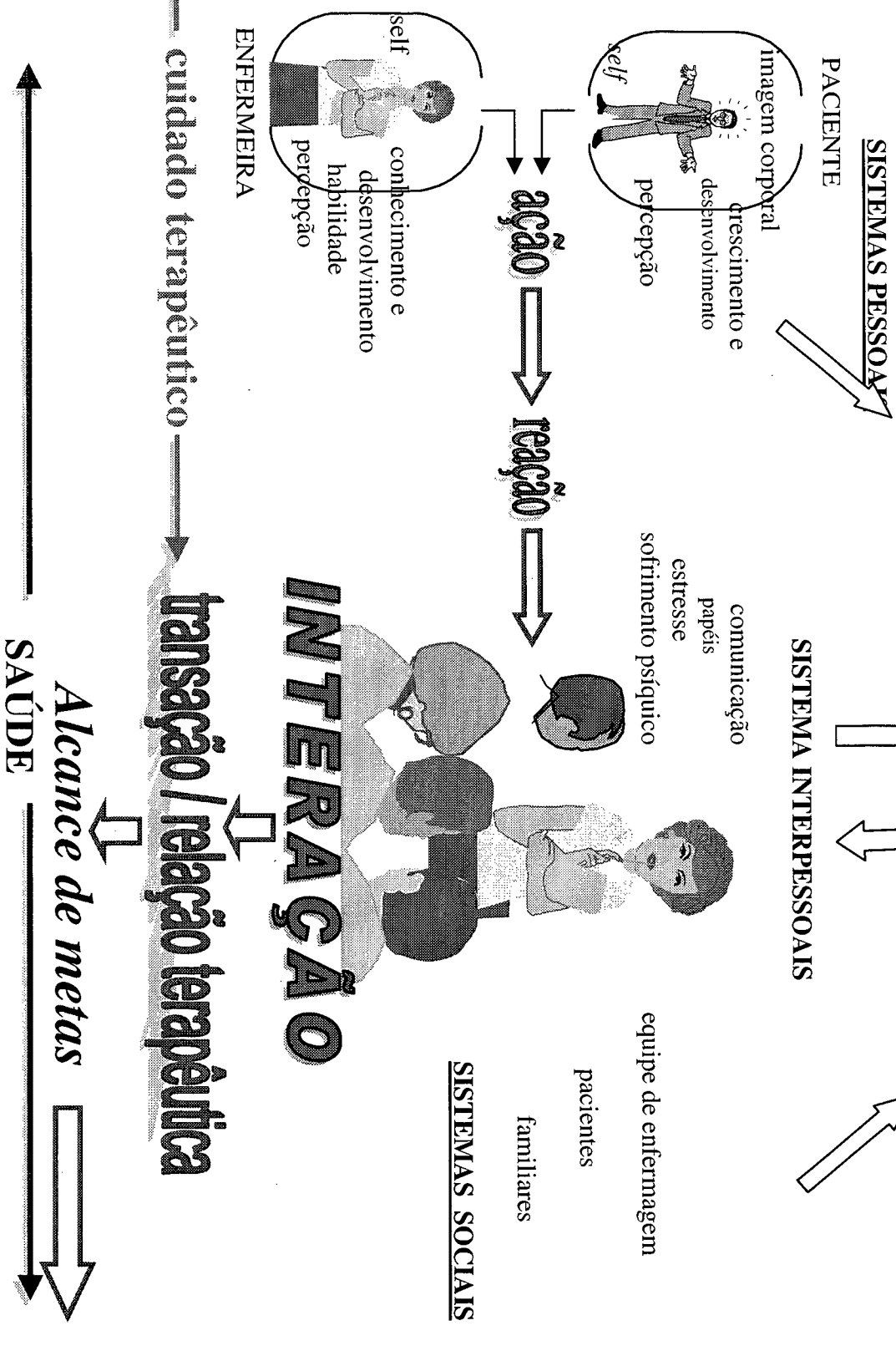
O trabalho que a enfermagem faz junto aos familiares dos pacientes internados tem o objetivo de propiciar-lhes apoio frente suas vivências angustiantes;

---

<sup>2</sup> O conceito de cuidado participativo foi construído a partir dos conhecimentos adquiridos no estudo da teoria de King (1981) e do Planejamento educacional de Rezende (1990).

representa um passo, não somente em direção a amenizar o sofrimento e favorecer uma postura positiva junto ao paciente, mas também, na direção de conscientizá-lo da problemática em que estão envolvidos.

# meio ambiente



CUIDADO PARTICIPATIVO



### **4.3.1 Interpretação do desenho do marco conceitual**

Na construção de um cuidado participativo, a relação interpessoal entre enfermeira e paciente se realiza através de um processo de ação, reação e interação. A meta a ser alcançada é o restabelecimento da saúde e do bem-estar do paciente. A interação entre profissional e paciente implica em consentimento e interesse comum; comunicam-se por meio verbal e não verbal; trocam informações sobre suas percepções, valores, conhecimentos, experiências e necessidades. Com base nessas informações, enfermeira e paciente e/ou familiar fixam as metas e os meios para alcançá-las. A enfermeira, a fim de interpretar as informações, planejar, implementar e avaliar o cuidado de enfermagem, necessita de conhecimentos e habilidades e destreza nas relações interpessoais. O objetivo do cuidado de enfermagem é ajudar o paciente e familiar na promoção, manutenção e recuperação da saúde.

No processo de cuidar pacientes internados em unidade psiquiátrica, é necessário a participação de todos os membros da equipe. A unidade de análise das interações são avaliadas pelos comportamentos observáveis entre profissional e paciente. O resultado do cuidado depende da interação entre os componentes da equipe de saúde e, também, destes com o paciente e seus familiares. Deste modo, poderemos propiciar um cuidado participativo, onde é oferecida uma assistência adequada às necessidades do paciente, possibilitando o alcance das metas terapêuticas propostas.

## **5 TRAJETÓRIA METODOLOGICA**

O caminho metodológico escolhido para a realizar este trabalho insere-se numa abordagem qualitativa que compreende: a) a implementação de uma prática assistencial com o respaldo na teoria de enfermagem de King (1981), b) atividades educativas com a equipe de enfermagem da unidade Paulo Guedes do HUSM.

O referido estudo levou-me a sistematizar um modo de assistir/cuidar o paciente com doença mental, focalizando as ações de enfermagem na interação entre enfermeira/paciente. O suporte teórico que direcionou a busca do conhecimento junto a equipe de enfermagem foi pautado na seqüência do planejamento educacional Participativo de Rezende (1990).

Segundo Minayo (1996), metodologia é o caminho e o instrumental próprio que inclui as concepções teóricas, o conjunto de técnicas que possibilitam a compreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.

### **5.1 Detalhamento do campo da prática**

#### **a) A Instituição**

O Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM - começou a desenvolver suas atividades no campus da UFSM, em 1982, quando da construção do prédio.

Antes, os atendimentos aconteciam no HUSC - Hospital Centro- situado na rua Floriano Peixoto. A Unidade Psiquiatria iniciou suas atividades no Campus, em 1972, com o hospital-dia e teve a sua primeira internação em 1974. Desde então, a psiquiatria atende a doentes mentais, contemplando três áreas: primária, secundária e terciária. No atendimento primário, além de participar de palestras na comunidade, desenvolve projetos de preservação, como o grupo de crianças (filhos de pacientes psiquiátricos). No atendimento secundário, a unidade psiquiátrica possui 41 leitos de internação divididos em dois setores: um para psicóticos (Unidade Paulo Guedes) e outro para a recuperação de pacientes dependentes químicos (SERDEQUIM). De acordo com os dados do boletim informativo do HUSM, o setor psiquiátrico possui em média 63 internações mensais, com taxa de permanência de 15 dias. O ambulatório atende cerca de 1000 pacientes por mês. A assistência terciária, que visa o tratamento das seqüelas da doença psiquiátrica, é desenvolvida na forma de ressocialização do paciente crônico por meio de um atendimento grupal, chamado o “Clube da Amizade”. Há mais de dez anos, o Clube se mantém com a participação dos pacientes e familiares que se organizam como um clube social, com diretoria e departamentos.

O serviço psiquiátrico está incluído no espaço do hospital geral, entretanto, possui o serviço de prontuário, as unidades de internação, o ambulatório e a emergência separados das demais especialidades. O setor psiquiátrico está localizado nos fundos do espaço hospitalar, próximo ao serviço de necrologia e do incinerador.

Esta condição faz lembrar a descrição de instituição asilar de Birman (1988),

os loucos, apesar de terem sido transformados em doentes no final do século XVII, ganham um estatuto no interior

da instituição médica, são enfermos especiais, diferentes de quaisquer outros, estando deles encarregada uma Medicina também especial. [...] A tradição histórica nos habituou a esta lógica da exclusão/reclusão social da loucura, destacando para esta um lugar singular, mesmo no interior da instituição médica ( p. 14).

A unidade de internação psiquiátrica Paulo Guedes foi cenário escolhido para realizar a proposta da prática assistencial e ações educativas deste estudo. A área física desta unidade é constituída por quatro enfermarias, cada uma delas contém seis leitos, sendo duas enfermarias para homens, duas para mulheres e duas com quartos individuais; totalizando, assim, 26 leitos de internação. Dispõe também de mais dois apartamentos, um para uso do médico plantonista e o outro para a enfermagem. Além disso, possui dois banheiros gerais e dois individuais, rouparia, sala de material e curativo, sala de medicação, posto de enfermagem, secretaria, duas salas de reuniões, sala de entrevista, sala de TV, sala de praxiterapia e uma ampla sala, onde são servidas as refeições.

As atividades desenvolvidas na Unidade Paulo Guedes, das quais participam a equipe de enfermagem, médicos, acadêmicos, pacientes e seus familiares, são: atividades de socioterapia, revisão de pacientes, grupo de familiares, grupo operativo, reunião de integração, de socioterapia e reunião geral da equipe de enfermagem.

A clientela, atendida na unidade de Internação Paulo Guedes, são pacientes com problemas mentais na fase aguda, procedentes de Santa Maria e região. O tempo de internação dos pacientes é variável, depende da gravidade da doença e, também, em alguns casos, da situação social e familiar na qual se encontram.

**b) Os sujeitos de pesquisa**

Participaram deste estudo os profissionais de enfermagem da unidade Paulo Guedes, três pacientes internados - denominados por nomes fictícios - (Deodata, Tales e Jonas), um familiar (pai de Jonas) e uma freira responsável pelo tratamento de Deodata.

A equipe de enfermagem é formada por quatro enfermeiros, nove auxiliares de enfermagem, um técnico de enfermagem, dois recreacionistas, três bolsistas do curso de enfermagem e um bolsista do curso de educação física. A escolaridade varia de 2º grau incompleto (5), 2º grau completo (3), 3º grau incompleto (4) e 3º grau (9). A idade dos componentes da equipe varia entre 20 e 50 anos. Nos últimos cinco anos, somente cinco funcionários participaram de algum encontro, treinamento ou curso de aperfeiçoamento em saúde mental. Para a coleta dos dados dos funcionários, realizei uma entrevista (anexo III).

Participaram das ações educativas: 2 enfermeiros, 5 auxiliares, 1 bolsista e 2 recreacionista. Houve a participação consentida de integrar o estudo e um desejo manifesto dos sujeitos da pesquisa.

**c) Objeto de estudo**

Este estudo compreende o desenvolvimento de um cuidado participativo a três pacientes internados para tratamento psiquiátrico e o desenvolvimento de atividades educativas e reflexivas, com participação da equipe de enfermagem.

#### **d. Coleta dos Materiais**

O período de realização deste trabalho foi nos meses de junho e julho de 1998, nos dias a seguir especificados. No dia 15 de junho, houve encaminhamento do projeto à Coordenação de Ensino e Pesquisa do HUSM para avaliação habitual. Após aprovação do mesmo, realizou-se a apresentação da proposta da prática assistencial à equipe de enfermagem da unidade Paulo Guedes. No dia 18 de junho, em reunião de unidade, foi discutido o cronograma de atividades do projeto; traçados os objetivos e a dinâmica do trabalho a ser realizado na unidade. No período inicial dos trabalhos, as internações só se realizaram nos casos de emergência, devido a greve dos funcionários. Para a escolha dos paciente participantes da prática assistencial, adotei os seguintes critérios: previsão do período da internação superior a um mês, diagnóstico médico definido, não estar em surto psicótico no início da prática e ser de consenso da equipe de enfermagem.

Na terceira semana de junho, iniciei a programação das atividades na Unidade Paulo Guedes com a definição do primeiro paciente. Na primeira semana de julho, a prática assistencial foi estendida a mais dois pacientes. Como é habitual, a escolha destes foi compartilhada com a equipe de enfermagem e, após, foi comunicada ao médico responsável.

Os encontros com os pacientes e a equipe de enfermagem ocorreram de segunda à sexta, no período da manhã e tarde; os contatos com os funcionários do turno da noite aconteceram em reuniões de unidade. Para coletar os dados observados durante os encontros, utilizei o diário de campo. Para a coleta de dados dos pacientes, empreguei o instrumento que consta no anexo I. Com os dados obtidos neste instrumento, elaborei os quadros demonstrativos.

Por uma questão didática, dividi a descrição dos resultados da pesquisa em duas partes evidentemente entrelaçadas: a implementação da metodologia de enfermagem e o planejamento educativo participativo.

## 6 PROCESSO METODOLÓGICO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Horta (1979, p.35) define processo de enfermagem como “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência do ser humano”. O processo de enfermagem<sup>3</sup> se caracteriza pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fase ou passos, e distingue em seis fases ou passos: histórico de enfermagem, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico.

Em relação a função da enfermeira, Isaacs (1998) preconiza o emprego do processo de enfermagem para proporcionar um cuidado direto aos clientes e seus familiares; estabelecer e manter um ambiente terapêutico; coordenar os diversos aspectos do cuidado; participar da equipe multidisciplinar no planejamento, na implementação e na avaliação do cuidado aos pacientes e promover medidas de prevenção primária.

A prática assistencial deste estudo foi desenvolvida com três pacientes internados na unidade Paulo Guedes, norteadas pelos pressupostos, conceitos e processo metodológico da teoria de alcance dos objetivos de Imogene King. Para demonstrar as etapas do processo metodológico de King e o comparativo com o

---

<sup>3</sup> Neste estudo, o termo *processo* indica uma forma científica no desenvolvimento do trabalho e compreende as etapas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação, avaliação e os encontros realizados com os pacientes, familiares e integrantes da equipe de enfermagem.



processo de enfermagem, citado por Wanda Horta, formulei um esquema para assistência de enfermagem (anexo II). O processo de enfermagem de Horta (1979) serve como referência, devido ser usualmente aplicado no ensino e prática de enfermagem em nosso meio. No HUSM, não está instituído o processo de enfermagem, embora algumas unidades aplicam a metodologia de enfermagem na assistência. A seguir, descrevo as fases do percurso metodológico que direcionou a prática assistencial a fim de promover o cuidado participativo aos pacientes que fizeram parte deste estudo.

#### **a) Coleta de dados**

Na etapa inicial do processo foram coletados dados relativos aos pacientes; nesse momento, foram identificados os aspectos subjetivos (sintomas observados) e os objetivos (sinais que podem ser medidos). Na coleta e na análise dos dados, foram valorizados os seguintes fatores: atividade física, cognição, fatores fisiológicos, emocionais e valorativos, as relações interpessoais e a capacidade de percepção do paciente.

Para obtenção dos elementos essenciais, que serviram como subsídios para o diagnóstico de enfermagem, foram necessários vários encontros com os pacientes, familiares e responsáveis, além dos dados obtidos no prontuário do paciente.

#### **b) Diagnóstico de enfermagem**

As informações que possibilitaram o diagnóstico de enfermagem basearam-

---

se na análise dos dados que foram utilizados para direcionar o plano de atendimento aos pacientes. Através do diagnóstico de enfermagem realizado, foi possível identificar os principais motivos que levaram os pacientes a buscar auxílio para alívio de seus conflitos psíquicos.

### **c) Planejamento e implementação**

O desenvolvimento do plano de intervenção de enfermagem derivou-se do diagnóstico de enfermagem e das declarações dos pacientes e familiares sobre sua situação de saúde no momento. As ações realizadas pela enfermagem e pacientes tiveram como objetivo principal a recuperação da saúde. No decorrer do processo, as ações foram constantemente articuladas, na tentativa de criar condições para o desenvolvimento de um ambiente terapêutico capaz de proporcionar a interação entre enfermeira/paciente.

Na fase de implementação, foi necessário o empenho da equipe de enfermagem no sentido de estimular o paciente e familiar, e, também, valorizar a importância da participação no processo de restabelecimento ou manutenção de um estado melhor de saúde.

### **d) Avaliação do processo assistencial de enfermagem**

A fase de avaliação constituiu-se da descrição da interação enfermeira e paciente, de como as metas foram alcançadas e dos resultados obtidos durante o processo dos cuidados de enfermagem.

Em relação ao processo de metodológico, King (1981) salienta que a

comunicação com a percepção, a interação e a transação são fundamentais para a consecução das metas, e precisam estar bem claras em cada fase. Em vista disso, durante a prática, tive a preocupação de centralizar o foco dos cuidados nas necessidades e no bem-estar do paciente e, além disso, em incentivar a participação do paciente, familiar e enfermagem nas ações de cuidado. Através dessas concepções, foi possível constatar melhor resultado no tratamento dos pacientes que tiveram maior participação no planejamento dos seus cuidados.

Porém, é importante salientar que as propostas de ações terapêuticas tiveram continuidade mesmo na fase de surto psicótico; todavia, percebe-se que, nessas circunstâncias, ocorrem dificuldades de interação com o paciente. Porém, entende-se que o surto é uma fase de angústia e sofrimento, sendo, por isso, o momento em que o paciente precisa de assistência orientada, tornando-se necessário o desenvolvimento da capacidade de percepção por parte da enfermagem. Neste caso, a disponibilidade da equipe de enfermagem em ajudar e orientar possibilita ao paciente e familiares sentirem-se melhor.

### **6.1 Relato da prática assistencial com paciente Deodata**

A paciente Deodata tem 54 anos, é do sexo feminino, branca, solteira, freira. Sua primeira internação no HUSM foi no ano de 1987, por depressão. O diagnóstico médico, nesta época, foi caracterizado como transtorno depressivo recorrente com sintomas psicóticos. Teve ainda mais duas internações: uma delas no ano de 1996 e a outra em 1998. Na terceira e última internação, Deodata veio acompanhada, até o hospital, pelas irmãs de congregação. Apresentava-se insone, agressiva, agitada, com

sentimentos de desvalia, chorando muito, sem aceitar medicação e orientações. Na entrevista de internação, suas colegas participaram ao médico sobre a tentativa de suicídio por enforcamento.

A paciente Deodata é filha de agricultores, tem 4 irmãos; na infância, seu pai permanecia muito tempo afastado do lar por motivos de trabalho. Quando criança, ela queria estudar; contudo, a avó não permitia. Lembra que, aos nove anos de idade, rezou para que sua avó viesse a morrer; no prazo de 7 dias, sua avó teve problemas sérios de saúde e faleceu; embora sentindo-se culpada por este fato, não comentou sua atitude com ninguém. Após algum tempo, a mãe permitiu que ela estudasse, assim sendo, foi internada num convento, pois desejava ser freira. Aos dezenove anos de idade, foi ordenada freira; logo em seguida, realizou o curso de auxiliar de enfermagem. A paciente Deodata informa que foi designada para trabalhar em uma missão no interior de Minas Gerais; após algum tempo, ficou doente, internou num hospital em São Paulo para tratamento de úlcera gástrica. Com o agravar de sua doença, foi para CTI, onde permaneceu em coma por vários dias; desde então, não mais conseguiu ter boa saúde. Relata, também, que fez tratamento para estresse numa clínica em São Paulo.

A primeira internação ocorreu devido a uma crise de depressão profunda; apresentava insônia, anorexia e vontade intensa de morrer. Os primeiros sintomas de problemas psíquicos manifestaram-se após ter cuidado de sua mãe doente (que acabou falecendo). Fez tratamento psiquiátrico para depressão, ficando 9 anos sem internar.

Em 1996, quando internou pela segunda vez, também por depressão e ideação suicida, desejava jogar-se de uma ponte chamada *garganta do diabo*. Na

unidade de internação, demonstrava desejo intenso de morrer. Por repetidas vezes, tentou jogar-se nas escadas, além disso, auto-agredia-se mantinha-se isolada, insone, e manifestava sentimentos de desvalia. Nesse período, teve uma internação que durou nove meses. Na última internação, ocorrida no mês de junho de 1998, a paciente Deodata é trazida ao hospital por nova tentativa de suicídio, estava desorientada, com pensamento desconexo, insone e apresentava delírios religiosos. As irmãs de congregação, que acompanharam a mesma, informaram que a paciente estava agressiva e não aceitava tomar medicação há uma semana.

Na terceira semana de junho de 1998, iniciei a prática assistencial com a paciente Deodata.

### *1º encontro*

A paciente encontrava-se no leito, apresentava-se deprimida com aspecto melancólico, porém, em virtude de minha presença, esboçou um sorriso. Percebi que havia me reconhecido das internações anteriores, uma vez que trabalhava naquela unidade de internação, onde tivemos inúmeros contatos.

No início do diálogo, relatou-me que estava triste, porque uma das irmãs do convento estava muito doente \_\_ “acho que ela vai morrer” \_\_ disse a paciente.

Mencionou-me que havia passado bem de saúde por alguns meses, que, há mais ou menos uma semana, havia deixado de tomar a medicação, assim, novamente passou a sentir vontade de morrer.

Após conversarmos por algum tempo sobre seu estado de saúde, expliquei-lhe a prática assistencial que pretendia desenvolver, perguntei-lhe, então, se gostaria de participar desta atividade, pensou por um instante e aceitou a proposta.

## **2º encontro**

Neste encontro, expus à paciente como seria o plano de cuidados que iríamos desenvolver durante sua internação; sendo assim, procurei demonstrar a importância da participação mútua na fixação das metas, as quais teriam como objetivo principal o restabelecimento de sua saúde. Salientei ainda que, em alguns momentos, ela poderia não estar em condições de participar ativamente dos cuidados propostos; deste modo, eles deveriam ter continuidade pela equipe de enfermagem daquela unidade ou por familiares (no caso da paciente, pelas suas colegas de congregação).

A resposta apresentada pela paciente Deodata, quando perguntei sobre o que entendia por saúde, foi a seguinte: “estar com saúde é sentir-se bem consigo mesmo e com os outros”, afirmou ainda que se sentia saudável somente quando conseguia trabalhar. Foi dado o início da coleta de dados.

## **3º encontro**

Ao chegar na unidade, procurei no prontuário informações sobre a paciente, os apontamentos revelavam a piora de sua saúde e um intenso risco de suicídio.

Encontrei a paciente muito ansiosa naquele dia; após dialogar com ela por alguns instantes e tranquilizá-la, relatou-me que estava com o pressentimento de que sua amiga tinha morrido. O falecimento de sua amiga, como ela havia previsto, foi de fato confirmado, naquele mesmo dia, pela visita ao hospital de uma colega do convento.

Na revisão deste caso junto a equipe de enfermagem, foi proposto a solicitação de um acompanhante para a paciente, visto que o risco de suicídio era intenso. Então, falei com a irmã responsável pelo tratamento de Deodata sobre a

gravidade da doença, e a necessidade imediata da permanência de alguém junto a paciente; outrossim, aproveitei o momento para conversar sobre a prática assistencial e a importância de sua participação. Continuação da coleta de dados com a irmã de congregação.

#### *4º encontro*

A paciente encontrava-se em contenção mecânica no leito e sob efeitos de medicação. Segundo os apontamentos e as informações da equipe, a paciente apresentava ansiedade intensa, estava delirante e auto-agredia-se, negava-se a tomar medicação; ou seja, manifestava, naquele momento, dificuldades de aceitar ajuda para restabelecer sua saúde. Neste contato que tive com a paciente, esclareci a ela o motivo pelo qual foi contida pela equipe de enfermagem, além disso, afirmei que seria descontida tão logo apresentasse condições. A paciente Deodata respondeu que preferia ficar contida, já que não conseguia controlar-se.

Informei a irmã acompanhante sobre os cuidados a serem prestados a paciente Deodata, tais como: higiene, medicação, alimentação e, disse que solicitasse a enfermagem sempre que necessário.

#### *5º encontro*

A paciente continuava com risco de suicídio, referia vontade de jogar-se na escada; “um dia ainda vou conseguir”, dizia a mesma. Quanto ao tratamento, ela dizia que não tinha intenções de tomar a medicação prescrita, e deixaria de alimentar-se.

Perguntei a paciente Deodata quais eram suas atividades no convento e como se sentia ao realizá-las. Contou-me que cuidava das irmãs doentes e idosas; auxiliava na alimentação e na higiene; fazia crochê e muitas outras coisas; assim, sentia-se bem, sobretudo, ao dar-se conta de que podia ajudar alguém. Falei a paciente que estava ali para prestar-lhe cuidados e para ajudá-la no restabelecimento de sua saúde, disse ainda, acreditar, sinceramente, que, com sua melhora, as amigas ficariam contentes em saber que, novamente, poderia ajudá-las. A acompanhante complementou dizendo que, no convento, todas as irmãs estavam fazendo novena para que ela melhorasse logo.

Expliquei a ela a necessidade de usar a medicação corretamente e sobre a importância da alimentação sadia. Quanto a sensação de mal-estar que estava sentindo, em alguns dias começaria a diminuir, assim poderíamos planejar metas para a recuperação de sua saúde.

Fase de orientações.

### ***6º encontro***

Embora ainda estivesse demonstrando vontade de morrer, neste dia, encontrei Deodata um pouco mais animada; pelo que percebi, estava consciente de sua situação.

Perguntei-lhe como estava se sentindo, se estava em condições de iniciarmos alguma atividade. Respondeu-me que não se sentia bem, pois estava dormindo pouco e tendo pesadelos. Com relação às atividades, de modo específico, achava que podia tomar banho sem auxílio; igualmente, que poderia ir ao refeitório na hora das refeições e da medicação; contudo, considerava importante e necessário,



a permanência da acompanhante durante o dia, pois ainda não se sentia segura quando estava só.

### ***7º encontro***

Ao chegar na unidade, encontrei a paciente Deodata no ambiente (sala de refeitório e lazer), neste momento, relatou-me com entusiasmo que havia recebido visitas de familiares. Apesar de estar mais disposta, afirmou que ainda sentia momentos de angústia, ouvia vozes dizendo para atirar-se na escada, mas estava se esforçando, porque não achava certo alguém se matar, também referiu que não precisava mais de acompanhante.

Queixou-se de constipação, vimos algumas alternativas que poderiam ajudar, e as possíveis de se conseguir no serviço de nutrição do hospital, como: frutas e alimentação rica em fibras.

### ***8º encontro***

A paciente estava evoluindo bem; o que deixou a enfermagem surpresa, porque na internação anterior, ficou 9 meses no hospital, com muitas recidivas da doença.

A paciente Deodata relatou-me que estava se sentindo mais forte; as vozes, que diziam para ela atirar-se na escada, estavam diminuindo e já havia iniciado a participar das atividades da unidade. A equipe de enfermagem e médica consideravam necessário manter a restrição na unidade.

**9º encontro**

Hoje, conversamos sobre as atividades que está desenvolvendo na unidade, ajudando outros pacientes, participando da roda de chimarrão e seus cuidados pessoais como: higiene, alimentação e aceitando a medicação.

A enfermagem também acha que a paciente Deodata está melhor, mas não se descuida do risco de suicídio. Ela desceu ao pátio pelo elevador acompanhada de 2 funcionários de enfermagem, disse que sentiu vontade de jogar-se na escada, mas se sentiu protegida pela enfermagem.

**10º encontro**

A paciente me falou que outra irmã do convento estava muito doente, mas sente mais tranqüila, pois ela estava com 91 anos e já sofreu demais.

Perguntei-lhe quem acompanharia seu tratamento no caso de alta.

Disse-me que tem uma irmã responsável pelas freiras doentes e idosas e que também se ajuda quando está bem.

**11º encontro**

Logo que cheguei na unidade, a paciente Deodata veio ao meu encontro, pegou minhas mãos e, contente, contou-me que já estava com alta. Referi meu contentamento pelo restabelecimento de sua saúde. Expliquei a mesma sobre o retorno ao ambulatório, o uso da medicação e disse-lhe que, quando se sentisse triste e com sentimento de desvalia, deveria procurar alguém para conversar ou o ambulatório do hospital.

A paciente Deodata permaneceu internada por 32 dias.

### **Avaliação da assistência de enfermagem à paciente Deodata baseada em King**

A assistência de enfermagem proporcionada à paciente Deodata foi se concretizando à medida que ocorreram as interações entre paciente-enfermeira/enfermagem.

A comunicação foi um fator essencial para obtenção das informações, as quais auxiliaram no processo interação/transação. A comunicação entre enfermeiro e paciente verificou-se de maneira verbal e não verbal, sendo esta última através do toque, na percepção das atitudes, expressão facial e aparência física. Essas informações favorecem a interação, transação; e, conseqüentemente, o alcance das metas fixadas mutuamente.

No período em que a paciente apresentou crise psicótica, a equipe de enfermagem e a irmã de congregação de Deodata (pessoa responsável pelo tratamento da paciente) assumiram os cuidados a fim de suprir as necessidades básicas. A paciente retornou a participar do planejamento e implementação das metas assim que teve condições físicas e mentais.

Os papéis desempenhados pela enfermagem e paciente, os valores, as crenças, os conhecimentos e as características pessoais influenciaram na identificação e fixação das metas. Alguns estressores interferiram no processo, tais como: a ansiedade provocada pela presença de escadas na unidade; o ambiente terapêutico prejudicado pela agitação de outros pacientes; a angústia provocada pela doença e morte de amigas; vontade de morrer e sentimentos de desvalia; equipe de enfermagem com número reduzido de funcionários, e com experiência negativa em relação a um suicídio ocorrido há poucos meses na unidade.

COLETA DE DADOS	DIAGNÓSTICO	PLANEJAMENTO	IMPLEMENTAÇÃO	AVALIAÇÃO
<p>A paciente Deodata interna pela 3<sup>o</sup> vez neste hospital, com diagnóstico médico de Transtorno depressivo recorrente com sintomas psicóticos; branca, Religiosa, 54 anos, procedente de Santa Maria. Apresenta sintomas depressivos desde 1987, tentativa de suicídio, delírios religiosos, impulso obsessivo em jogar-se nas escadas, inquietação, atitudes agressivas, tristeza profunda, recusa do tratamento, sentimentos de desvalia, faz uso de depressivos e anti-psicóticos. Relatou que, aos 9 anos, rezou para sua avó morresse, pois não a deixou estudar, e que sente culpada, pois ela morreu dentro de sete dias; na época a paciente não contou a ninguém. Diz estar se alimentando pouco, apresenta insônia, constipação e desconforto gastrointestinal, bom estado de higiene. É religiosa desde os 19 anos, auxiliar de enfermagem, tem o 2<sup>o</sup> Grau completo. Afirma ter bom relacionamento familiar, atualmente mora no convento. Participa de poucas atividades de recreação e física, participa das atividades religiosas do convento quando não esta doente ajuda a cuidar das freiras doentes e idosas. Tem bom relacionamento com as pessoas, compreensiva, gosta de ajudar as pessoas, sente-se muito triste quando alguém morre e incita a vontade de morrer</p>	<p>sintomas depressivos; risco intenso de suicídio; delírios religiosos; tristeza; recusa do tratamento; inquietação; agressividade; uso de antipsicótico; alteração na ingestão alimentar; constipação; insônia; estado emocional alterado;</p>	<p>Aceitar melhor a medicação; Prevenção de fuga e suicídio; Medidas para aliviar a ansiedade; Proporcionar ambiente terapêutico; Iniciar atividades de auto cuidado;</p> <p>Alternativas para evitar constipação intestinal;</p> <p>Participação das atividades da unidade e socioterapia;</p> <p>Restabelecer a independência.</p>	<p>Comunicar a pessoa responsável pelo tratamento a necessidade de um acompanhante permanecer durante o dia na unidade junto a paciente; Uso de medicação e contenção; Conversar sobre os medos e angústias; Tomar banho sem auxílio e aceitar a medicação; Providenciar frutas e alimentos com fibras;</p> <p>Colaboração no cuidado de pacientes da unidade, preparar, descer ao pátio, fazer crochê. Etc;</p> <p>Desenvolvimento da autonomia no auto-cuidado;</p> <p>Orientações para prevenção e manutenção da saúde.</p>	<p>No início da prática assistencial, a paciente encontra-se no leito, deprimida; relata estar muito angustiada e que "seria melhor morrer do que viver assim", recusa-se aceitar o tratamento, por isso está sendo acompanhada durante a medicação; resistente em aceitar orientações, foi necessário medicá-la e contê-la devido a crise de agitação psicomotora. Conta que ficou muito abalada com a notícia da morte de uma freira do convento onde mora. Foi discutido o caso entre a equipe de enfermagem e médica, e constatado a necessidade de acompanhante, ao devido risco intenso de suicídio. Na segunda semana, a paciente estava restrita na unidade devido ao impulso obsessivo de jogar-se na escada; permanecia acompanhada de uma irmã da congregação, que lhe auxilia na higiene e alimentação. Continuava com sintomas depressivos e ideação suicida. Conversei com a paciente sobre a possibilidade da mesma participar das atividades, mas ela ainda não se acha em condições; permanece mais no leito, queixa-se de constipação, conversamos sobre as frutas e alimentação que poderiam ajudá-la. Na terceira semana, Deodata iniciou a participar de algumas das atividades da unidade; após tomar medicação retorna ao quarto, diz que sente insônia e ainda pensa em morrer. Considerou não ser mais necessário a presença da acompanhante. Foi liberada para receber visita quando fosse necessário. Na quarta semana, a paciente diz sentir-se melhor, está diminuindo a vontade de morrer; liberada para descer ao pátio pelo elevador, acompanhada de dois funcionários, participa das atividades da unidade. Prepara-se para a alta.</p>

## 6.2 Relato da prática assistencial com o paciente Tales

O paciente Tales tem 32 anos, é do sexo masculino, moreno, solteiro, vendedor, diagnóstico médico é de psicose maníaco depressiva (PMD), transtorno de personalidade e drogadição. Tem mais de 15 internações, sendo que a primeira foi em 1993, por crise depressiva profunda. As demais internações foram por tentativas de suicídio, dependência de cocaína e crise de agitação psicomotora. Além das internações, o paciente Tales comparecia com frequência na emergência psiquiátrica.

Tales é filho de pais separados; aos 12 anos de idade saiu de casa para trabalhar de vendedor ambulante, passando sua adolescência viajando de cidade em cidade, sem ter moradia fixa. No convívio familiar, não tinha bom relacionamento. Em 1993, teve sua primeira internação em uma unidade psiquiátrica, com crise depressiva, tentativa de suicídio (ateou fogo no próprio corpo) e surto psicótico. Segundo ele, o motivo do início de sua doença ocorreu após ter terminado o relacionamento com uma pessoa que gostava muito. Nos últimos três anos, as internações foram mais frequentes e acompanhadas de crises de agressividade, hiperatividade, apresentando-se insone, delirante e paranóide. Também aumentou o número das internações por uso de drogas e ingestão de medicação com intenção suicida. Ultimamente não está aderindo aos tratamentos psicoterápicos e medicamentosos.

Nas duas primeiras semanas que antecederam ao início da prática assistencial com o paciente Tales, acompanhei seu tratamento com a intenção de colaborar com a equipe de enfermagem. O paciente apresentava-se resistente ao tratamento e muitas vezes paranóide ou agressivo com os funcionários de enfermagem. As minhas intervenções terapêuticas com o paciente Tales tornaram-se frequentes, e também as discussões, com a equipe de saúde, sobre as condutas a

serem adotadas com o paciente.

### *1º encontro*

Em uma das intervenções, conversei com o paciente sobre o trabalho que estava desenvolvendo na unidade e que também poderia tentar ajudá-lo, se assim desejasse. O paciente me respondeu: “estou bem não preciso estar aqui e muito menos de sua ajuda”. Disse-lhe que respeitava seu ponto de vista, mas caso pensasse melhor, poderia me procurar.

### *2º encontro*

No dia que retornei a unidade o paciente Tales me procurou e disse que queria que eu o ajudasse; então, passou a contar-me: —“as pessoas querem me prejudicar,... estão me trancando aqui dentro, ... preciso trabalhar”. O paciente Tales demonstrava-se ambivalente em relação ao tratamento, apresentando comportamento irônico e agressivo com a equipe de enfermagem. Tentei mostrar a ele como estava agindo na unidade, seu comportamento, suas atitudes e, quanto à alta, lembrei-o que, na última vez que saiu do hospital, não conseguiu ficar 24 horas longe dos cuidados de profissionais de saúde.

Durante o diálogo com o paciente Tales, deixei claro que a minha presença na unidade era como de profissional de enfermagem e com a finalidade de, junto com a equipe de enfermagem e médica, ajudar no tratamento dos pacientes. Falei para ele que o cuidado que estava propondo teria melhor resultado com sua participação no planejamento das metas.

No próximo dia em que o encontrei, queixou-se da assistência médica que havia marcado entrevista para aquele dia e ainda não havia chegado, tentei acalmá-

lo, expliquei-lhe que a médica estava atendendo uma urgência e iria atrasar-se para o encontro. No entanto, o paciente não aceitou a explicação, tornando-se muito agitado e agressivo verbalmente.

### **3° encontro**

Na semana seguinte, o paciente piorou seu estado; neste período ele tomava a medicação, mas, logo após, colocava fora, provocando vômito. Durante revisão de caso, optou-se pela contenção mecânica no horário da medicação, pois diversos recursos já haviam sido experimentados. Mesmo com essas condutas, o paciente demorou para sair da crise psicótica, sendo também necessário administrar medicação intramuscular com frequência.

### **4° encontro**

Na quarta semana, procurei desenvolver melhor a interação com o paciente Tales, através do dialogo e tentando compreender melhor sua doença, suas preocupações e também sua perspectiva de saúde.

Ao conversar com os profissionais de enfermagem sobre os diferentes aspectos e visões que tinham sobre a doença mental e, mais especificamente, em relação ao paciente Tales, percebi que as atitudes irônicas, os comportamentos dissociativos e desrespeitosos apresentados pelo paciente, despertavam sentimentos de rejeição nos profissionais; e, conseqüentemente, muitas vezes, não conseguiam deixar de revidar as agressões verbais.

### **5° encontro**

Após vários encontros, e estando o paciente menos ansioso, foi possível o início da interação; começando assim a compartilhar de algumas metas, a fim de

satisfazer as necessidades básicas do tratamento, tais como: aceitar a medicação; descer ao pátio, sem causar transtornos ao ambiente; tentar participar de algumas atividades da unidade, como jogar bola, cartas, entre outros.

### **Avaliação da assistência de enfermagem ao paciente Tales baseado em King**

O paciente Tales, no início das atividades práticas, demonstrou-se resistente ao tratamento, tanto o medicamentoso como o psicoterápico. As interações sofreram interferências; muitas delas em função das características da doença do paciente.

A resistência que o paciente Tales demonstrou em aceitar ajuda, suas atitudes e a dificuldade de interagir com a equipe de enfermagem interferiram nas transações, dificultando a promoção de um ambiente terapêutico.

Muitas vezes o paciente Tales apresentava-se incapaz de ajudar a si mesmo. Nestes momentos, a enfermagem encontrava-se na posição de avaliar as necessidades e, com base nas informações transmitidas pelo paciente através de suas atitudes, diálogo e preocupações, de implementar as ações da assistência de enfermagem.

As preocupações que Tales apresentava em relação a seus problemas sociais contribuíram para seu modo de enfrentar a doença e prejudicaram seu relacionamento com as pessoas, pois sentia-se rejeitado pela família, sem emprego fixo e poucos amigos.

Por algum tempo, acompanhei o tratamento do paciente Tales (mesmo depois do término da prática assistencial). No quarto mês de internação, Tales foi liberado para sair do hospital durante o dia e retornar a tardinha, ou quando sentisse necessidade dos cuidados da equipe de saúde.



## QUADRO DEMONSTRATIVO DAS ETAPAS DO PROCESSO METODOLÓGICO DA TEORIA DE KING - TALES

COLETA DE DADOS	DIAGNÓSTICO	PLANEJAMENTO	IMPLEMENTAÇÃO	AVALIAÇÃO
<p>O paciente Tales tem 23 anos, é moreno, solteiro, mora sozinho e é procedente de Santa Maria. Sua primeira internação foi em 1993, apresentando quadro depressivo, seguindo de uma série de internações que oscilavam entre depressão e mania. A partir de 1995, iniciou as internações na unidade para dependentes químicos por uso de drogas, e em unidade clínica por tentativas de suicídio (por ingestão de medicação e queimaduras). Diagnóstico médico de transtorno de personalidade, PMD e dependência química. Tem mais de 15 internações; ultimamente interna agressivo, irritado, delirante, paranóide com a equipe de saúde, mania de grandeza ( eu sou poderoso, comando a base aérea ...), ideação suicida, resistente ao tratamento, abandono familiar. Não tem expectativa de melhorar, pois não acredita que está doente.</p> <p>Apresenta alterações na aceitação da alimentação e sono, devido a agitação; quando está em crise psicótica, descuida-se da higiene corporal.</p> <p>Aos 12 anos de idade, saiu de casa; desde então não tem moradia fixa, filho de pais separados, trabalha de vendedor de bilhete.</p> <p>Não apresenta atividade física efetiva;</p> <p>Refere ter amigos, ir a festas e viagens;</p> <p>Não tem religião.</p> <p>Não tem bom relacionamento com a família; quando se sente doente procura o hospital.</p> <p>Atribui ao doença o fim do namoro com alguém que gostava muito.</p>	<p>Depressão; Ideação e tentativa de suicídio; Transtorno de personalidade; Dependência química;</p> <p>Agressividade; Delírios; Paranóia; Mania de grandeza; Resistência ao tratamento; Alteração na nutrição; Insônia; Descuido na higiene;</p> <p>Relacionamento afetivo e familiar afetado.</p>	<p>Aceitar melhor a medicação;</p> <p>Evitar fuga e suicídio;</p> <p>Ajudá-lo a reconhecer as causas desencadeantes dos estados de angústia e agressividade;</p> <p>Atitudes a serem tomadas nas situações de conflito com a enfermagem e outros pacientes.</p>	<p>observar e acompanhar durante a administração da medicação;</p> <p>Permanecer na unidade e estar atento para tentativas de fuga e de suicídio;</p> <p>Acompanhar o paciente nos momentos de angústia e agitação, evitando que agrida outros pacientes ou a equipe de saúde, caso for necessário, medicar e conter;</p> <p>Evitar entrar em conflito nos momentos de onipotência e resistências do paciente, procurando ser claro nas condutas e papéis.</p> <p>Incentivar a aceitação de dieta hiperproteica, e hidratação;</p> <p>Proporcionar um ambiente calmo antes de dormir.</p>	<p>Na primeira semana, o paciente apresentava-se resistente ao tratamento, colocando a medicação fora; e restrito na unidade, por motivo: risco de fuga e tentativa suicídio. Apresentava-se agressivo verbalmente com a enfermagem e outros pacientes, insistente por alta e para fumar</p> <p>Alimentava-se irregularmente, insone, inquieto.</p> <p>Foi orientado quanto ao uso da medicação, mas não aceitou. Em reunião, a equipe de enfermagem e médica decidiram que a medicação seria oferecida diluída e o paciente acompanhado por uma hora, ou contido no leito se fosse necessário.</p> <p>Na segunda semana, Tales continuava agitado, com delírios de grandeza, atitudes onipotentes e agressivas com a enfermagem. Continuava sendo necessário medicação Intramuscular e a contenção mecânica, devido a agressividade e para descanso.</p> <p>Na terceira semana foi suspensa a medicação diluída, o paciente foi liberado para descer ao pátio, alimentava-se melhor, continuava delírios de grandeza e onipotência.</p> <p>Foram suspensas visitas devido a suspeita de estar recebendo drogas de amigos; continua difícil a interação com o paciente.</p> <p>Na quarta semana foi realizado revisão de caso com a equipe médica e de enfermagem, alterada a prescrição medicamentosa e delimitada condutas mais uniformes entre a equipe de saúde. Será visto a questão social do paciente.</p>

### **6.3 Relato de prática assistencial com o paciente Jonas**

O paciente Jonas, 32 anos, do sexo masculino, negro, sem ocupação, solteiro, mora com o pai e a irmã. Em 1982, iniciou o tratamento psiquiátrico, tendo diversas internações em hospitais psiquiátricos.

A infância foi considerada normal por seus familiares, porém, no período da adolescência, observaram que Jonas procurava ficar afastado das pessoas, conversava pouco e começou a tirar notas baixas na escola. Aos 16 anos, foi para o município de Porto Alegre (na casa de uma das irmãs) em busca de emprego, retornando, após uma semana, apresentou-se irritado, inquieto, com dificuldades para dormir. Os familiares o levaram para consultar, sendo que Jonas foi encaminhado para tratamento psiquiátrico em nível ambulatorial.

Mesmo em tratamento, não conseguiu mais estudar. Em 1984, teve a primeira internação por surto psicótico; desde então, teve várias internações em hospitais psiquiátricos com diagnóstico médico de esquizofrenia não-orgânica. Nos intervalos dos surtos psicóticos, trabalhava como servente de pedreiro. O agravamento da doença ocorreu após do falecimento de sua mãe há três anos.

#### ***1º encontro***

Obtive as primeiras informações sobre o paciente Jonas por intermédio da enfermagem e através do prontuário. Ao chegar no quarto do paciente, aproximei-me de seu leito, apresentei-me, pedi licença e sentei ao seu lado, perguntei-lhe a seu respeito e como estava de saúde. O paciente respondeu as perguntas sem resistência, embora com algumas frases incoerentes e confusas.

### **2º encontro**

Neste dia, quando cheguei na unidade, era o horário do almoço, o paciente Jonas já estava na mesa e seu prato servido; ao me ver passar, fez sinal para que fosse até a mesa, perguntou-me se eu iria almoçar, respondi que iria mais tarde, mas poderia sentar-me ao seu lado enquanto almoçava. Então, o paciente perguntou-me: “será que a comida não vai me fazer mal, acho que é muito, o que a senhora acha?” Investiguei o motivo pelo qual estava preocupado; então, expliquei-lhe que poderia provar o almoço, caso gostasse, poderia comer a quantidade que estava acostumado, e que não seria necessário comer tudo.

### **3º encontro**

Ao chegar na unidade, o paciente Jonas veio ao meu encontro rapidamente, e disse: “sabe, desde sua visita me sinto muito bem, a senhora é doutora?” Respondi que ficava contente em saber que estava se sentindo melhor, convidei-o para conversarmos. Disse-lhe que era enfermeira e estava na unidade acompanhando o tratamento de alguns pacientes, por isso ele me via seguido ali; perguntei-lhe se ele tinha interesse que eu participasse de seu tratamento. Disse-me que gostaria que eu fosse às vezes conversar com ele. Falei que, além de conversarmos, também iríamos planejar juntos o seu tratamento na unidade. Após explicar em detalhes a prática assistencial, disse-me que aceitava.

Os primeiros encontros tiveram como objetivo dar início ao processo interativo com o paciente. Desta maneira, foi possível conquistar a sua confiança e expor a possibilidade de acompanhar seu tratamento.

#### *4º encontro*

Neste encontro, o paciente Jonas encontrava-se muito agitado e ansioso. A funcionária de enfermagem informou-me que o paciente havia tido uma crise de agressividade no pátio, fora trazido para a unidade, mas não tinha sido medicado, porque estava sozinho e o paciente apresentava-se muito paranóide. Então, propus que conversássemos com o paciente e tentássemos oferecer a medicação. Ao conversar com ele, investiguei a causa de seu descontentamento, perguntei-lhe se lembrava do que tínhamos conversado, ele respondeu afirmativamente com a cabeça. Verificamos quais os motivos que o deixavam irritado e contrariado. Constatamos que ficava descontente quando não recebia logo as coisas que queria, como por exemplo: descer ao pátio, fumar, falar com o médico e outros. Expliquei-lhe que a unidade tinha rotinas e que ficava muito difícil para os funcionários contentar a todos. Mesmo depois de conversarmos, continuava paranóide, e ansioso; então, ofereci a medicação e encaminhei o ao leito.

#### *5º encontro*

O paciente continuava inquieto na unidade, insistindo para fumar e descer ao pátio, pois estava com restrição na unidade por ter risco de fuga. Estava agredindo os outros pacientes e muito paranóide com a enfermagem. A funcionária solicitou que eu tentasse medicar o paciente. Neste dia, ele não quis conversar muito, mas aceitou a medicação, referiu que tinha vontade de bater em todos, perguntei-lhe o que achava de ser contido, respondeu: “até acho melhor, antes que eu bata neles”.

### **6º encontro**

O paciente estava mais calmo, contou-me que tem descido ao pátio, que seu pai veio no domingo e que virá novamente na terça feira, quando irá conversar com o médico. Pedi que falasse sobre si e sua doença, então passou a relatar sobre sua vida quando criança. Contou-me que achava que sua doença havia iniciado depois que uma professora lhe deu uma nota baixa na escola; comenta sobre os hospitais em que esteve internado e também conta que ultimamente não conseguia mais trabalhar, diz: “hoje, não sou ninguém, o que eu falo e o que eu faço, dizem que é coisa de louco”.

Perguntei-lhe o que fazia em casa, disse-me que, quando está bem de saúde, limpa o pátio e ajuda a irmã; o resto do tempo, toma chimarrão e conversa com o pai, e gosta muito de brincar com o sobrinho de 4 anos.

Esclareci a ele que é bom ter uma atividade, e que, durante a internação no hospital, poderia fazer algumas atividades como, por exemplo: escutar rádio, desenhar, pintar, cuidar do jardim no pátio, e cuidar de si próprio como: banho, alimentação, cuidar de sua roupa, arrumar a cama.

Neste mesmo dia, o paciente Jonas pediu uma folha e caneta, em seguida trouxe-me um desenho.

### **7º encontro**

Neste dia, conversei com o pai do paciente Jonas, expliquei-lhe as atividades que estava desenvolvendo com seu filho. O que ele falou a respeito da doença de Jonas, coincidiu com a história contada pelo paciente, menos em relação ao fato que desencadeou a doença. Segundo ele, o filho foi para Porto Alegre trabalhar e passou fome, voltando uma semana depois doente, conversando

“bobagens”, irritado e dormindo pouco.

O pai do paciente Jonas percebe a doença de seu filho comparada a uma fraqueza, causada por dificuldades como a fome, o frio e medos. Disse-me que o filho está com “fraqueza da cabeça”, por isso apresenta esse comportamento e não tem esperança que melhore. Ele contou-me que Jonas piorou depois que a mãe morreu, ela era muito cuidadosa com o tratamento dele.

Ao saber da possível alta, o paciente Jonas ficou muito agitado e ansioso, dizendo que teria alguém lá fora que queria matá-lo. O paciente foi tranqüilizado, sendo necessário administrar-lhe medicamentos e suspender-lhe a alta.

#### ***8º encontro***

Encontrei o paciente no pátio, disse-me que recebeu a visita do pai e da irmã, encontrava-se deambulante, pedindo cigarros. Após termos conversado, mostrou-me os desenhos que havia pintado e disse que ajudou a limpar o pátio. Comuniquei ao paciente Jonas que estavam terminando os dias que iria acompanhar o seu tratamento.

#### ***9º encontro***

Neste encontro, reforcei a importância da continuação de seu tratamento e também da necessidade de participar de atividades, tanto no hospital como após a alta. Lembrei-lhe que iria vê-lo com menos frequência, pois tinha terminado o prazo para o término do trabalho que estávamos realizando junto. Jonas aceitou bem a separação.

### **Avaliação da assistência de enfermagem ao paciente Jonas baseada em King**

A assistência de enfermagem promovida com o paciente Jonas e seu familiar teve como objetivo melhorar as condições de saúde e retornar ao tratamento e acompanhamento ambulatorial.

No decorrer da assistência de enfermagem ao paciente Jonas, foi possível constatar alguns fatores que influenciaram na dinâmica do cuidado, como: as percepções do paciente em relação a doença e sua capacidade de desenvolver atividades; acontecimentos, o curso crônico de sua enfermidade e suas vivências anteriores em relação à hospitalização, dificultaram o desenvolvimento e crescimento, principalmente o mental.

A interação entre enfermeira e paciente se realizaram de maneira gradual e à medida que os papéis foram se estabelecendo.

O alcance das metas do cuidado de Jonas foi atribuído ao desempenho da equipe de enfermagem e ao auxílio do familiar, pois o paciente apresentou-se muito dependente das pessoas responsáveis pelo seu tratamento, além da dificuldade de tomar decisões e responder questões para alcançar metas.

A enfermagem direcionou as metas do cuidado com base nas informações do paciente Jonas, tendo como finalidade desenvolver a autoconfiança e resgatar suas qualidades e as condições de desempenhar funções em seu meio social.

## QUADRO DEMONSTRATIVO DAS ETAPAS DO PROCESSO METODOLÓGICO DA TEORIA DE KING - JONAS

COLETA DE DADOS	DIAGNÓSTICO	PLANEJAMENTO	IMPLEMENTAÇÃO	AVALIAÇÃO
<p>Jonas, 32 anos preto, solteiro, sem ocupação, procedente de São Sepé. Diagnóstico médico de esquizofrenia não-orgânica.</p> <p>Apresentou os primeiros sintomas de doença mental aos 16 anos, fez tratamento ambulatorial por 1 ano, após, teve várias internações (4<sup>o</sup> no HUSM). Diz que a causa da sua doença foi uma nota baixa que tirou na escola; o pai relata que o filho adoeceu após ter ficado uma semana em Porto Alegre, alimentando-se mal. Interna com sintomas de agitação, agressividade e paranoia. Apresentava-se delirante, ansioso e incoerente. O paciente Jonas tem pouco conceito de quem é, e o significado de sua vida "o que eu digo e faço não tem valor, porque sou louco". Apresenta-se emagrecido, preocupado com a ingestão alimentar; Insone, com más condições de higiene.</p> <p>Apresenta condições financeiras e sociais difíceis, mora com a irmã e o pai, estudou até a 6<sup>a</sup> série do 1<sup>o</sup> grau, trabalhou por pouco tempo (como servente de pedreiro). A família tem pouco entendimento sobre doença mental. Menciona que não desenvolve atividades físicas, às vezes ajuda os afazeres de casa, gosta de brincar com o sobrinho de quatro anos; e, a maior parte do tempo, toma chimarrão e conversa com o pai.</p>	<p>Agitação; Agressividade; Paranoia; Delírio;</p> <p>Perturbação na identidade pessoal; Ansiedade;</p> <p>Alteração na ingestão alimentar; Insônia; Alteração nos cuidados de higiene; Alteração da imagem corporal; interação social prejudicada pela doença e condições sócio-econômicas.</p>	<p>Aceitar melhor a medicação;</p> <p>Alívio da ansiedade e agressividade;</p> <p>Prevenir agressões e fuga;</p> <p>Estabelecer um relacionamento de confiança a fim de estimular a interação;</p> <p>Participar das atividades recreativas da unidade, ir aos passeios promovidos pela equipe;</p> <p>Verificar as condições emocionais do pai antes da visita.</p>	<p>Conversar com o paciente, investigando maneiras que possam aliviar sua ansiedade;</p> <p>Tranquilizar o paciente nos momentos de agitação, evitando que se machuque ou agrida os outros pacientes;</p> <p>Incentivar a valorização nas atividades que desempenha, incentivando-o a assumir responsabilidades no autocuidado;</p> <p>Conversar com o familiar orientando sobre a doença e tratamento de maneira simples e compreensiva.</p>	<p>Na primeira semana, o paciente apresentava-se muito agitado, irritava-se com os outros pacientes, paranoíde com a equipe de enfermagem, delirante e com momentos de muita ansiedade. O mesmo foi afastado do grande grupo e tranquilizado; medicado várias vezes e contido para descanso. Restrito na unidade devido ao risco de fuga.</p> <p>Na segunda semana, o paciente Jonas continua delirante, paranoíde com alguns membros da equipe de saúde, agredindo os outros pacientes, deambulante, insistindo para ver o médico e para fumar. Alimentando-se pouco, emagrecido. Diz estar com problemas do coração e estômago. Foram coletados exames e realizada avaliação clínica.</p> <p>Na terceira semana, o paciente encontra-se mais junto ao grupo, não consegue fixar-se a nenhuma atividade, tem dificuldade de entender as orientações. Foi liberado para ir ao pátio, estava alimentando-se melhor, mais calmo e menos delirante.</p> <p>Na quarta semana o pai foi chamado para conversar com o médico da possível alta. O Paciente, ao saber que talvez pudesse ir embora, ficou muito ansioso, correndo pela unidade, agitado, diz que tem alguém lá fora querendo matá-lo. Foi tranquilizado, medicado e suspensão a alta.</p> <p>Na quinta semana o paciente recebeu visitas de familiares. Está menos ansioso, às vezes paranoíde com a enfermagem, participa de poucas atividades e por pouco tempo.</p>



## **7 DESCRIÇÃO DO PLANEJAMENTO EDUCATIVO PARTICIPATIVO**

As atividades educativas constituíram momentos específicos, seguindo as fases do planejamento educativo participativo preconizado por Rezende (1990). O desenvolvimento do trabalho educativo foi realizado com enfermeiros, auxiliares, recreacionistas e bolsista. Inicialmente, procuramos compreender as concepções que a equipe de enfermagem possui a respeito dos fatores que interferem na interação enfermagem-paciente psiquiátrico. O objetivo do desenvolvimento das atividades foi buscar alternativas para melhor cuidar do doente mental internado.

O processo educativo teve como ponto de partida a evolução histórica do cuidado ao doente mental, as abordagens atuais sobre doença mental e a reflexão crítica referente às experiências vivenciadas pela equipe de enfermagem que atuam nesta área. Outro assunto discutido foi a reforma psiquiátrica e o movimento antimanicomial, os quais influenciaram profundamente nas mudanças assistenciais ao doente mental. Na seqüência do estudo, revemos os elementos fundamentais na assistência de enfermagem, como: conceito e objetivos da assistência da enfermagem psiquiátrica, o processo saúde e doença mental, a interação profissional/paciente, ambiente terapêutico, comunicação e relação de ajuda. Para encerrar o momento educacional, foi apresentado a proposta de cuidado participativo com referencial teórico e metodológico de King.

## 7.1 Coleta e análise dos dados

Os encontros com a equipe de enfermagem se realizaram no mês de agosto, totalizando quatro encontros, no horário das 12 às 14 horas, na sala de reuniões da unidade Paulo Guedes. Os dados foram coletados durante os encontros (gravados em fita K7) do diário de campo, das discussões durante as reuniões, nas passagens de plantão, nos encontros informais dentro da unidade (anexo IV), e através das entrevistas com os funcionários (anexo V).

O método escolhido para analisar os dados foi a análise de conteúdo de Bardin (1979). Este método delinea a organização da análise através dos passos de codificação, categorização e inferência.

Para esta autora, a organização da análise refere-se aos estruturantes básicos do trabalho que envolvem desde as fases de pré-análise e exploração do material, até o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A fase inicial de um trabalho denomina-se de pré-análise, diz respeito aos passos anteriores, relacionados à revisão de literatura, à definição dos objetivos de pesquisa e à elaboração dos instrumentos visando a coleta de dados e a preparação do material.

A codificação consiste na transformação e agregação sistemática dos dados em unidades que permitem uma descrição das características pertinentes ao conteúdo. O texto é recortado em unidades de registro, seguindo o critério de ordem semântica (tema).

O tema é a unidade ou “núcleo de sentido” que se desprende do texto quando as categorias são escolhidas com base numa teoria que permite a leitura das interpretações.

A categorização é composta pelo inventário e pela classificação. Os elementos constitutivos de um conjunto, que foram recortados por diferenciação, são inventariados e classificados por reagrupamento, segundo o gênero (categorias temáticas), convertendo as unidades de registro em unidades de categorias. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidade de registro) sob um título genérico. O sistema de categorias deve refletir as intenções da investigação, as questões de análise e corresponder às características das mensagens.

A inferência é fundamentada na presença do índice e não sobre a frequência de sua aparição em cada comunicação individual, por se tratar de uma análise qualitativa.

Segundo Minayo (1996), o desenvolvimento de técnicas para a análise de dados de uma pesquisa ultrapassa o nível do senso comum e do objetivismo na interpretação e alcança uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, bibliografias, entrevistas ou observação.

Segundo Furegato (1999), a forma mais indicada de se captar a realidade do mundo empírico tem sido a observação, principalmente quando esta leva em consideração as situações naturais.

A análise de conteúdo utiliza-se da linguagem verbal, um dos modos de expressão humana mais importantes do ponto de vista da organização social. Para que as expressões orais sejam manejadas como “expressão objetos”, sua análise se realiza através de transcrições.

A seguir descrevo a trajetória metodológica adotada:

- coleta de dados através da observação, entrevistas e gravações;

- transcrição das entrevistas e falas dos participantes;
- codificação das entrevistas e falas transcritas em unidades de registro;
- classificação das unidades de registro em categorias temáticas;
- discussão dos dados à luz dos pressupostos teóricos.

Para analisar os dados da pesquisa foram agrupadas as seguintes categorias, formadas a partir de núcleos temáticos.

1) As experiências de quem cuida da pessoa com doença mental

- a) a evolução do cuidado na visão do profissional
- b) sobre as experiência ensino-aprendizagem
- c) a autonomia no cuidado de enfermagem

2) A percepção sobre saúde e doença mental

- a) na visão dos profissionais
- b) na visão do paciente e familiar paciente

3) O trabalho participativo

- a) na equipe de profissionais
- b) na participação da família e do paciente
- c) na interação enfermagem e paciente

## **7.2 Interpretação dos dados**

Através da interpretação dos dados procuro dar um sentido mais amplo a realidade, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos obtidos nos

capítulos anteriores deste trabalho. Portanto, pretendo melhor compreender as experiências dos profissionais que trabalham em unidade de internação psiquiátrica, interligando as múltiplas determinações históricas e as ações no processo de assistir, e ,assim ampliar a visão sobre o cuidado terapêutico ao paciente com doença mental e o desenvolvimento do planejamento educacional de Rezende (1990).

## **1) As experiências de quem cuida da pessoa com doença mental**

### **a) a evolução do cuidado na visão do profissional**

Ao refletirmos sobre os antecedentes históricos do cuidado ao doente mental, os funcionários, com mais tempo de serviço, falam sobre a assistência de enfermagem no final da década de 70 e início dos anos 80.

“era muito difícil de se trabalhar, tínhamos que cuidar de 40 pacientes entre dois funcionários de dia e um durante a noite ....um lado do inferno já conheci”. Ana

Na década de 80, com a reforma psiquiátrica e o movimento antimanicomial, as instituições asilares e hospitais psiquiátricos sofreram mudanças no tratamento do doente mental. Embora algumas ainda permaneceram com as características ainda por mais tempo.

Durante uma visita ao Hospício São Pedro, uma funcionária declara:

“fiquei impressionada, voltei com certeza de que aqui tratávamos muito melhor os pacientes”. Rosa

Em relação ao tratamento, a equipe relata mudanças, algumas condutas terapêuticas não são mais praticadas, ou tem um uso muito restrito e com a utilização de recursos mais humanos, como por exemplo, o tratamento por eletroconvulsoterapia (ECT) que atualmente é realizado na bloco cirúrgico.

“os pacientes, quando ouviam falar em eletrochoque, entravam em pânico”. Ana

“era desumano ver aqueles pacientes andando para lá e para cá... e nós tínhamos que mantê-los sempre em atividade”. Joana

“os pacientes internavam e recebiam altas doses de medicação, ficavam sedados, hoje o tratamento inicia com bem pouca medicação ou quase nada”. Amélia

“a maneira de cuidar o paciente mudou.. lembro que antes os pacientes passavam mais tempo contidos... andavam pela unidade que nem robô ... babando”. Eloá

Percebemos que o tratamento estava centrado na terapêutica farmacológica e no modelo biomédico. Com o movimento de reorganização psiquiátrica, surge um novo modo de assistir a pessoa com doença mental, onde há uma reestruturação da atenção psiquiátrica, utilizando, para isso, uma posição questionadora. Segundo Casanova (1997), para concretizar essa proposta é preciso, simultaneamente, construir um novo saber psiquiátrico, voltado para o respeito do homem.

No início da década de 90 ocorreu mudanças neste sentido, mas em alguns aspectos de assistência não permaneceram por muito tempo.

“houve uma época que o tratamento era melhor, tínhamos psicólogo que acompanhava os pacientes, assistente social, serviço de

socioterapia organizado ... parece que trabalhávamos mais em equipe e, hoje é nós e os médicos”. Ana

## **b) sobre as experiência ensino-aprendizagem**

Segundo Grüdtner (1997), o ensino aprendizagem é um processo que se constrói numa interação entre a enfermeira educadora, os educandos, o cliente e a família, enquanto aprendem, ensinam e ajudam esta a encontrar o significado e, no sofrimento, a buscar melhoria de vida.

Os funcionários falam como foram os primeiros contatos com a prática de enfermagem psiquiátrica.

“no estágio do curso não aprendi quase nada, eram poucos dias por semana no ambulatório, durante a tarde, ... tive pouca visão de psiquiatria .... o que fazíamos era administrar medicação e orientações”. Carla

“Quando iniciei a trabalhar aqui no hospital, me mandaram para psiquiatria, não sabia o que era isso ... nem idéia do que se fazia ...”  
Amélia

“antes de trabalhar na psiquiatria, fiz um curso de saúde mental coletiva, foi fundamental”. Vânia

Verifica-se que os egressos do curso de auxiliar de enfermagem iniciaram as atividades na área psiquiátrica sem formação específica, pois a disciplina de enfermagem psiquiátrica não faz parte do currículo deste curso.

A falta de atualização na área específica de trabalho é sentida por aqueles que exercem o cuidado direto com o paciente psicótico.

“se mudou a conduta com o paciente ... como vamos agir ...qual é o mais correto ... se cada um faz como acha melhor, quem sofre é o paciente”. Joana

“muitas vezes se faz (manejo do paciente) sem saber se está certo ou errado”. Roberto

“é no dia a dia que se aprende ... hoje muda muito o nome das doenças e das medicações...”. Ana

Por outro, nas falas destacadas a seguir, evidencia-se a importância do conhecimento quando relacionado com a prática.

“... é importante conhecer aspectos não conhecidos na área que atuamos, isto reflete uma melhor qualidade do atendimento”. Eloá

“...se trabalha mais seguro quando a gente nota que aquilo que se faz está certo”. Carmem

Para Furegato (1999) o movimento entre a teoria e a prática promove aquisição de conhecimentos e modificações nas ações das pessoas refletindo-se na prática profissional novas buscas.

Neste processo de aprender e ensinar, além de rever a relação entre os próprios profissionais, se redimensiona-se a relação com o paciente; possibilita o profissional questionar o saber instituído, o qual se desenvolve na prática. Deste modo, o profissional poderá intervir no processo de construção da cidadania e da conquista da saúde como um direito imanente e inerente a condição do doente mental e seus familiares.



**c) sobre a autonomia no cuidado de enfermagem**

Freqüentemente falamos aos pacientes quando reivindicam informações e também seus direitos como cidadãos.

“...aqui quem sabe é teu médico e ele quem decide sobre tratamento e sua alta”. Roberto

“toma a medicação, foi o médico que prescreveu”. Ana

“isso foi uma determinação médica”. Amélia

“o médico disse que os pacientes dele não teriam visita liberadas antes da entrevista médica”. Joana

“caso não se comportar vai ser contido”. Pedro

“teu médico não liberou telefonema”. Marina

Entre a prática e o saber dos profissionais que trabalham em psiquiatria, percebe-se a represália e a moral, fortalecendo o poder médico. Deste modo, sustentamos a polaridade: de um lado o doente, com discurso irreal, sintomático de sua doença; de outro lado o médico a quem é delegado o saber e o poder sobre a doença e o paciente.

De acordo com Foucault (1995), no momento em que o hospital é concebido como instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar.

Neste contexto, a responsabilidade da enfermagem recai na função de segurar o paciente no hospital, vigiá-lo, manter as portas fechadas e executar a

prescrição médica. Porém, esta situação não é mais aceita de um todo, as reivindicações são feitas.

“quem está aqui 24 horas é a enfermagem que suporta e orienta o paciente”. Ana

“a enfermagem perdeu a autonomia de liberar a visita de familiares fora do horário da quarta ou domingo ... se vier familiar fora deste horário temos que chamar o médico do paciente ou o médico de plantão, que muitas vezes não sabe nada do paciente, nem do familiar”. Amélia

“...a nossa função acaba sendo trancar o doente dentro do hospital ... assim não dá para continuar”. Eloá

“...o que estamos fazendo aqui então ?” Roberto

Pitta (1990), ao refletir sobre o trabalho hospitalar, notifica que

na divisão do trabalho hospitalar, o saber sobre os cuidados aos doentes concentra-se em um certo número de profissionais, sendo excluída dos trabalhadores de nível médio a possibilidade de reflexão sobre sua prática; assim sendo, seu papel é executar, como autônomos, as decisões daqueles (p.54).

## **2) A percepção sobre saúde e doença mental**

### **a) Na visão dos profissionais**

Ao refletirmos com a equipe de enfermagem sobre o processo saúde/ doença mental, notamos que se reproduzem as concepções nos aspectos biológicos, psicológicos e também sociais.

Para os profissionais saúde é:

“um modo de agir que dispõe flexibilidade para buscar respostas e saídas para as inúmeras e diferentes situações que estamos expostos no dia a dia”. Eloá

“tudo que faz bem para a pessoa”. Roberto

“quando uma pessoa está em equilíbrio bio-psico e social”. Marina

E doença mental é:

“um modo diferente de agir das pessoas, por vezes bastante diferenciado de outras que são ditas normais”. Eloá

“uma disfunção mental... o que vai de encontro com o pensamento e aos padrões da sociedade.. algo que altere o comportamento individual”. Roberto

“uma doença que acomete as terminações senso-percepção e SNC”.  
Pedro

“quando o indivíduo não consegue resolver problemas, buscar soluções para estabelecer o equilíbrio emocional”. Marina

A visão do processo saúde/doença predomina na distinção entre normal e patológico, tendo como referência a normalidade, o equilíbrio e os desvios considerados patológicos.

Paula (1985) ressalta a importância do conhecimento da dinâmica do desenvolvimento da doença e as razões que explicam o tratamento. Para este autor, tais conhecimentos são fundamentais para a relação pessoa a pessoa, por serem os principais fatores que afetam o comportamento do paciente.

**d) Na visão do paciente e familiar**

O paciente, quando exprime seus sentimentos em relação saúde ou doença, coloca-se de um modo muito pessoal, relaciona a condição em que está vivendo.

Ao expressar sobre sua saúde, o paciente relaciona sua capacidade de trabalho e sua independência econômica.

“não encaminhei os documentos para a aposentadoria, ... não sou louco, ainda posso trabalhar e me sustentar”. Tales

Este mesmo paciente fala de como percebe sua condição de estar internado em uma unidade psiquiátrica.

“...não sou doente, sofro dos nervos .... minha mãe também tinha esse problema”. Tales

O familiar também tem explicações para as causas da doença de seu filho.

“notei que o Jonas estava doente quando começou a falar bobagens, ficar irritado e não dormir de noite ... ele ficou doente da cabeça porque passou fome e frio ... ele tem uma fraqueza na cabeça”. (pai do Jonas)

O paciente Jonas fala como percebe sua situação no processo saúde/doença.

“hoje não sou ninguém, o que eu falo e o que faço dizem que é coisa de louco”. Jonas

A outra paciente que fez parte da prática assistencial relata sua concepção de saúde.

“...estar com saúde é sentir-se bem consigo mesmo e com os outros, ... me sentia saudável somente quando conseguia trabalhar”. Deodata

E num momento de tristeza desabafa seu sentimento em relação a estar doente mentalmente.

“a doença do corpo todo mundo vê, ... a doença da alma, a que dói aqui dentro e machuca o coração, esta ninguém sabe, ninguém entende...” Deodata

Segundo Costa (1997)

as idéias e sentimentos do terapeuta e do paciente a cerca do que é doença mental, como se instala, suas causas, o que entendem por cura, tratamento, saúde, etc. podem ser contratantes e é preciso que não se deixar levar pela ilusão universalista para poder enxergar essa diversidade (p. 13).

Ao cuidarmos de uma pessoa, é indispensável conhecê-la, tentar entender ou observar qual é o impacto da doença e sua capacidade de relacionar-se, só assim poderemos ajudar a pessoa com sofrimento mental construir um projeto de vida.

### **3) Sobre cuidado participativo**

#### **a) Na percepção da equipe de profissionais**

A enfermeira, ao desenvolver suas atividades, compartilha o ambiente terapêutico com várias pessoas e ao mesmo tempo. Observamos também que essas pessoas tem realidades diferentes. Todavia, necessitam trabalhar em grupo e voltados para uma meta comum. Caso contrário pode constituir-se em obstáculos para o cuidado a ser realizado.

Verificamos nas falas que a equipe percebe e exprime a necessidade do trabalho em grupo.

“falta forças para se fazer alguma coisa .... sozinha não se pode fazer muita coisa, mas também só no papel não resolve muito”.  
Rosa

“... aqui nós procuramos trabalhar junto e de frente, mas o que parece, que é o médico (...) quer trabalhar só e de costas”. Ana

“não sabemos para onde encaminhar o paciente quando dá alta ... não temos conhecimento sobre outros serviços sem ser o hospital”.  
Amélia

“te cobram as coisas ... tu vai fazendo e faz tudo ... quando tu vê está fazendo sozinha”. Rosa

Em nossa prática assistencial, propomos um trabalho participativo, o qual envolve os elementos implicados no cuidado. No transcorrer da prática, a equipe teve a oportunidade de expressar suas percepções em relação ao cuidado desenvolvido com base na metodologia de King (1981).

“desta forma teremos a tendência de prestar um cuidado mais adequado a cada situação específica, ou seja, talvez assim possamos ter mais consciência da realidade”. Eloá

“é difícil atender 26 pacientes psicóticos com uma equipe de enfermagem de três profissionais de enfermagem por turno e, muitas vezes, sem enfermeira”. Ana

Alguns integrantes da equipe de enfermagem acreditam que algumas atividades desenvolvidas na unidade Paulo Guedes são semelhantes às preconizadas por King, e citaram como exemplo a do grupo operativo e a das atividades de praxiterapia.

“no grupo operativo, os pacientes discutem, opinam e decidem, dentro das condições de cada um, é claro, a possibilidade de assumirem atividades, e combinam com a enfermagem e os outros

pacientes como serão realizadas as atividades”. Eloá

Podemos afirmar, com certeza, que o incentivo para o desenvolvimento de um trabalho em grupo favorece a participação dos indivíduos no processo educativo em saúde, através do compartilhamento das experiências vivenciadas no cotidiano. Essa troca de experiências capacita os indivíduos para enfrentarem os desafios e planejarem estratégias mais eficazes.

#### **b) Na participação da família e do paciente no tratamento**

Nas palavras de Elsen (1998), família é uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que vivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de interesse ou afetividade, têm identidade própria, possuem, criam e transmitem crenças, valores e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive num ambiente em interação com outras pessoas e famílias, escola, posto de saúde e outras instituições em diversos níveis de aproximação. A família define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento de seus membros e da comunidade.

Na discussão sobre a participação do paciente e da família no planejamento do cuidado, os membros da equipe de enfermagem deram suas opiniões e sugestões.

“a assistência deve ser estendida ao familiar, pois quando há um doente na família, todas as pessoas acabam adoecendo junto”.  
Marina

“tem casos que a família ajudaria, se pudesse ficar junto .. é o caso de alguns pacientes”. Amélia

“... é válido quando ambos conseguem atingir os objetivos e que o paciente seja favorecido”. Pedro

“é importante incluir a família no plano de cuidados, dependendo do caso pode ser uma boa forma de tratamento”. Juana

“às vezes é necessário afastar os familiares, eles estão mais doentes que o próprio paciente e só atrapalham”. Roberto

Góes et al (1995) diz que a família do doente mental não está preparada para recebê-lo e conviver com ele quando retorna de instituição psiquiátrica, pois apresenta dificuldades no relacionamento com o paciente, muitas vezes tem dúvidas a respeito da doença e sentimento de culpa quando acontece o agravamento do quadro psiquiátrico do doente mental. Muitas vezes, a família está ciente desta dificuldade e verbaliza.

“... não posso levá-lo deste jeito para casa, ele não vai tomar a medicação, ele não me ouve”. pai do jonas

Na concepção de Guido (1994, p.19), “o enfermeiro, ao exercer o papel de educador, promove condições favoráveis junto ao paciente, esclarecendo dúvidas”. Considero importante estender esta função do enfermeiro para a assistência junto ao familiar, pois, muitas vezes, este necessita dar e receber informações e refletir sobre a saúde e doença a fim de aliviar as ansiedade e desconhecimentos da situação em que está vivenciando. Pois, segundo Pichon-Rivière (1994, p.23), “o doente mental é porta voz da ansiedade e conflitos do grupo familiar”.



Portanto, cabe ao profissional enfermeiro o papel de conscientizar e capacitar as pessoas/famíliares a conhecerem e refletirem sobre sua realidade, auxiliando-as a transformarem ou redimensionarem suas práticas, visando a melhoria da qualidade de suas vidas (Grüdtner, 1997).

### **c) Na interação enfermagem e paciente**

O relacionamento interpessoal é usado como instrumento de trabalho na assistência de enfermagem psiquiátrica, em decorrência disso, é necessário o incentivo ao profissional no sentido de tomar conhecimento e de incluir sua própria pessoa, sua personalidade, no desempenho das suas atividades junto ao paciente (Gattás, 1996)

Durante a interação com o paciente, procuramos compreender suas necessidades e assim poder ajudá-lo a enfrentar a situação vivenciada no momento. Quando ocorre conflito na relação, os objetivos da assistência não são contemplados.

“com o paciente Tales tem que se conversar com respeito e impor limites”. Antônio

“não sei o que sinto em relação ao paciente Tales, às vezes sinto afeto outras ódio”. Carmem

“sei que importante se conversar com o paciente, mas o que se consegue fazer é o necessário (medicação, higiene, orientações básicas e encaminhamentos...” joana

Minzoni apud Paula (1985) propõe que o pessoal de enfermagem compreenda os mecanismos psicológicos manifestos em seu próprio

comportamento, para que, através deste entendimento, seja capaz de compreender o comportamento do doente e provocar mudanças na enfermagem.

A conduta entre os profissionais divergem, observamos duas situações de cuidado com a mesma paciente com problemas de depressão.

“... esta aqui (paciente) não quer saber de se ajudar, faz tudo na roupa, de propósito, deste jeito não vai melhorar nunca”. Pedro

“...vamos dona Maria, a senhora pode, eu vou lhe ajudar,... hoje vamos para o sol, ...logo vai melhor e sair do hospital andando”. Rosa

A percepção de cuidado é vivenciada de maneira única por cada profissional, é orientada para o presente e se baseia nas informações e nas experiências que cada tem disponível.

“estou bem, não preciso estar aqui e muito menos de sua ajuda”. Tales

“estão me trancando aqui, me sinto um presidiário, me digam que crime cometi”. Tales

“ela é minha enfermeira....vem para me ver e conversar comigo”. Jonas

“enfermeira preciso conversar contigo...” Tales

Ao cuidarmos de pacientes internados em unidade psiquiátrica, encontramos situações consideradas de conflito, isto é, quando ocorre desequilíbrio nas relações interpessoais. Vejamos em que situações os profissionais de enfermagem encontram conflitos.

“...quando há desacordo entre colegas sobre determinada conduta ... e quando o modo de agir do paciente provoca irritação, rechaço ....”  
Eloá

“nem sempre se faz o que gostaria de fazer, mas se age de acordo com o pensamento de uma equipe e isso gera conflito interno”.  
Mariana

Segundo Perestrello apud Gattás (1996), as atitudes do terapeuta representam sobre a pessoa doente e terão significado terapêutico ou não, segundo as vivências que despertarão em ambos. Uma relação marcada de atitudes de rejeição e hostilidade é uma relação desarmoniosa, onde não chega ocorrer um verdadeiro encontro. Porém, nem sempre essas atitudes são percebidas com clareza, são inconscientes, e tem origem em vivências passadas e remotas do indivíduo.

A meta principal dessa proposta educacional é proporcionar assistência de enfermagem com mais qualidade aos pacientes, à família e à comunidade, através do preparo e aperfeiçoamento do pessoal de enfermagem, considerando que há uma estreita correlação entre qualidade da assistência prestada e o preparo do pessoal que a realiza.

A educação em enfermagem tem o papel essencial para a socialização do cuidado humano. Porém, não existem receitas, planos de ensino ou manuais para ensiná-lo. O cuidado técnico pode ser ensinado, porém o cuidar em sentido mais amplo, entendido como um processo interativo, precisa ser vivido. As atividades profissionais, no campo da prática, devem ser entendidas como eixo integrador para onde convergem os conteúdos teóricos e se concretizam nas situações reais, havendo uma retroalimentação dinâmica (Waldow, 1995).

Esta questão emerge frente à educação para o cuidado humano, principalmente no que diz respeito ao preparo dos agentes responsáveis pelo cuidado direto - auxiliares e técnicos de enfermagem. Para Waldow (1998), o cuidado humano precisa ser conscientizado como um imperativo moral, mais ainda nas instituições de ensino e de saúde. Assim, todos os atores no cenário da enfermagem devem experienciá-lo nas suas atividades e relações.

Através do processo educativo participativo, foi possível compartilhar saberes, revelar as ações dos profissionais com a finalidade de repensar a realidade do processo de cuidado à clientela e construir o saber a partir daí. Neste sentido, concordo com as palavras de Silva e Fonseca (1995, p.212) quando dizem que “ninguém sabe mais sobre seus fantasmas que a pessoa acometida pela loucura. Ela tem esse saber, enquanto o profissional tem os instrumentos para agir neste espaço”.

A avaliação do processo educativo foi um trabalho em conjunto, com base na reflexão sobre a atuação de cada um dos elementos envolvidos no processo e sobre os resultados obtidos. A seguir relatamos algumas das possíveis causas geradoras de conflitos e dificuldades que a equipe encontra ao assistir o paciente com doença mental, as quais foram levantadas durante os encontros e conversas informais na unidade.

- dificuldade em adotar condutas terapêuticas frente aos pacientes com distúrbio de conduta, depressão e nos casos de agressividade;
- falta de atualização em técnicas de enfermagem, medicações e procedimentos relacionados ao tratamento clínico;
- falta de treinamento e atualização das condutas para intervir nos casos de alcoolismo, toxicomania e nas emergências psiquiátricas;

- número insuficiente de profissionais de enfermagem, a inexistência de assistente social e psicólogo na unidade. Tais recursos humanos são considerados importantes pela equipe de enfermagem a fim de ser oferecido um tratamento que supra as necessidades mínimas do paciente.

## **8 ASPECTOS ÉTICOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PSIQUIATRIA**

Durante o desenvolvimento da prática assistencial, tive contato com a equipe de enfermagem quase que diariamente, por vários meses. Neste período, identificamos diversas inquietações relacionadas ao atendimento do paciente com doença mental. Tais inquietações nos levaram a questionamentos, reflexões e tomadas de posição a respeito da conduta que devemos ter diante de determinadas situações.

Assim, dentre as questões que surgiram durante a prática assistencial, algumas delas considerei relevantes:

- O paciente com doença mental teria o direito de decidir sobre seu tratamento, saber o diagnóstico e os efeitos colaterais das drogas que está usando?

Embora sabendo que deva ser resguardado esse direito ao paciente, na prática, não é o que se verifica, pois este assunto suscita muitas dúvidas na equipe de enfermagem. Geralmente o paciente é internado de modo compulsório e sua medicação é prescrita e administrada sem as devidas explicações ou recomendações.

- O paciente tem o direito de decidir o momento de sua alta?

Normalmente, o paciente e familiar participam, de alguma forma, da decisão da alta junto com a equipe médica e de enfermagem. Entretanto, nos casos em que se

considera prematura a vontade do paciente em dar alta, o médico passa a ter a autonomia de decidir. Outra alternativa é a de que o familiar se responsabilize pela alta do paciente.

A teoria de King pressupõe que o paciente participe na operacionalização de seu cuidado, indivíduo de direitos e deveres, assim como ter acesso às informações sobre sua saúde e interagir nas decisões por uma ou outra alternativa terapêutica.

- O paciente portador do vírus HIV tem o direito de sigilo sobre sua doença, mesmo quando em contato com outros pacientes?

Tal caso, quando ocorre na unidade de internação psiquiátrica, torna-se assunto polêmico, pois preocupa muito a equipe. O risco de contágio, muitas vezes, torna-se eminente devido ao comportamento de alguns pacientes com risco de relação sexual. Por vezes, a equipe expõe o paciente com AIDS para proteger os demais, mas a interrogação continua: é esta a conduta mais adequada?

A proposta de desenvolver uma prática assistencial pautada na construção de cuidado participativo proporcionou uma leitura singular de nosso fazer na enfermagem; assim, possibilitou-nos repensar sobre alguns aspectos éticos que regem o cuidado ao paciente internado em unidade psiquiátrica. Constatamos, outrossim, que muitas vezes seguimos regras e normas em nome do bom andamento do serviço; ou porque é assim que a instituição determina e o médico prescreve. Portanto, impossibilitamos o grupo de crescer e desenvolver a autonomia do cuidado de enfermagem, deixando, muitas vezes, de promover um cuidado humano, solidário e com criatividade.

Hoje, trabalhamos com cidadãos, inseridos em um grupo social, no trabalho,

na escola e na família. O paciente não é mais “o louco” do séc. XIX, escondido nos manicômios e excluído do convívio social. Isso nos faz pensar que esse cidadão, que sofre ou já sofreu algum transtorno mental, poderia ser qualquer um entre nós.

Trabalhar com o paciente, sobre suas necessidades, reconhecê-lo como detento de valores, percebê-lo com direito à escolha dos meios e ajudá-lo, dentro das limitações de nosso conhecimento técnico e de nosso desconhecimento de sua interpretação do mundo, exige do profissional de saúde uma postura de aprendiz, desejoso de conhecer e compreender o universo do outro, como valor de alteridade e com a razão sensível (Resende, 1997).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização deste trabalho com pacientes internados na unidade psiquiátrica e as ações educativas e reflexivas com a equipe de enfermagem, é possível tecer algumas considerações que dão suporte para uma abordagem terapêutica na prática em enfermagem psiquiátrica.

A aplicação de uma teoria de enfermagem, na prática assistencial a pacientes psiquiátricos representa um desafio, que se caracteriza pela complexidade que envolve o tratamento da doença mental e os fatores de estresse que advêm da relação entre a pessoa que cuida e o paciente. Tais fatores podem interferir no alcance das metas planejadas para a assistência de enfermagem.

A oportunidade de empregar os conceitos e o processo metodológico da teoria de Alcance de Objetivos de King (1981), na assistência de enfermagem a pacientes internados para tratamento psiquiátrico, permitiu observar vários aspectos do fazer e ensinar no cuidado a esses pacientes. Os pressupostos, que nortearam o caminho para melhor assistir o doente mental, foram verificados durante a prática:

- a interação entre enfermeira-paciente ocorreu com mais eficácia quando ficaram claros os objetivos da intervenção da enfermagem e o desejo de obtenção de saúde por parte do paciente;
- as metas planejadas foram atingidas quando a transação entre enfermeira e paciente se concretizou, isto é, quando as interações foram terapêuticas;

- nos momentos em que ocorreu conflito de papéis por parte da enfermagem, paciente ou ambos, detectou-se situações de estresse que interferiram na transação;
- a fixação mútua de metas ocorreu quando a enfermagem utilizou de seus conhecimentos e habilidades para transmitir as informações aos pacientes, através do processo de ação, reação e interação.
- o cuidado participativo ocorreu quando a enfermagem, o paciente e a família participaram ativamente do tratamento.

Neste trabalho, que tem como objetivo propor um cuidado participativo, verifiquei a importância da interação entre o profissional de enfermagem e paciente. Sendo assim, a relação interpessoal, com valor terapêutico, pode diminuir o sentimento de incapacidade e de exclusão social do doente mental. Esse estudo reforça a convicção de que a pessoa doente mental tem condições de participar de seu cuidado e de perceber, de um modo singular, o processo saúde/doença mental. Vale a pena ressaltar que o profissional de saúde e o paciente tem concepções diferentes de perceber a doença mental, pois essa condição é influenciada por crenças, valores e experiências, dentro de uma determinada cultura.

Em relação a pessoa que cuida, percebe-se a necessidade de proporcionar uma atenção especial para a sua saúde mental. As dificuldades, as incertezas e a angústia, que resultam do cuidado ao doente mental e pelo comprometimento em promover o bem-estar do outro, fazem com que o profissional sofra junto e sinta-se, muitas vezes, incapaz.

A participação da equipe de enfermagem da unidade Paulo Guedes, mesmo estando com deficiência no número de pessoal, foi indispensável para o

planejamento e desenvolvimento das atividades educativas; contribuindo, assim, positivamente na aplicação da teoria de King na prática e favorecendo a criação de um espaço de socialização do conhecimento a cerca da construção de um cuidado participativo.

Compreendo que a união das duas fontes de conhecimento: a teoria de King (1981) e o planejamento educacional Rezende (1990), possibilitou o desenvolvimento de um cuidado participativo, respeitando e valorizando as experiências profissionais, as vivências e as percepções sobre saúde e doença das pessoas envolvidas no processo.

Esse modo de cuidar permite uma aproximação entre os componentes da equipe de enfermagem, o paciente e o familiar. Da mesma forma que abre espaço para o desempenho do enfermeiro como elemento responsável pela iniciativa do planejamento, implementação e avaliação do cuidado, priorizando a visão interativa na assistência de enfermagem.

Entretanto, verificaram-se algumas limitações no transcorrer no processo assistencial pautado na teoria de King (1981). Identifiquei dificuldades importantes, no que diz às respeito as relações interpessoais entre enfermagem, paciente e familiares. Além disso, foi observado que o aumento do nível de estresse é resultante de reações aos acontecimentos da vida e experiências passadas dos pacientes, das hospitalizações anteriores, das situações de rejeições e também das idéias pré-concebidas sobre doença mental. No entanto, através das vivências e habilidades profissionais, desenvolvidas no cuidado com doentes mentais, foi possível planejar e implementar ações de cuidado junto aos pacientes e familiares.

No transcorrer do percurso, os fatores que interferem na relação terapêutica foram partilhadas com a equipe de enfermagem e a equipe médica. Através das reuniões para revisão de caso dos pacientes, foi possível adotar condutas mais uniformes entre a equipe de saúde da unidade. Fatos, como a ocorrência de greve dos funcionários, atestados e férias, atrasaram o início da prática assistencial e, também, dificultaram a escolha dos pacientes e a participação de todos os integrantes da equipe de enfermagem no processo educativo.

A partir da realização deste trabalho, constatamos a necessidade de ampliar a interação entre o serviço ambulatorial, emergência psiquiátrica e unidade de internação. Deste modo, o plano assistencial de enfermagem aos pacientes terá início no momento da internação, tendo continuidade na unidade e após a alta, quando o paciente retorna para as consultas em nível ambulatorial. Esta proposta de cuidado participativo será realizada com a utilização dos recursos humanos disponíveis na área psiquiátrica.

Outro aspecto relevante, discutido com os enfermeiros das unidades e coordenadora de enfermagem da área psiquiátrica, foi a necessidade de manter atividades educativas com a equipe de enfermagem psiquiátrica. Ambas propostas foram encaminhadas à Direção de Enfermagem do HUSM como metas a serem alcançadas no ano 2000.

A experiência de implementar uma teoria na prática assistencial ao paciente com doença mental despertou momentos de reflexão a respeito de questões éticas que interferem na interação enfermagem-paciente. Percebi que há muito para ser feito na melhora do cuidado ao paciente internado em unidade psiquiátrica. Concordo com Rogers (1982) quando diz que, se nos colocarmos autenticamente na

*interação com o paciente*, numa atitude de compreensão empática, teremos grandes possibilidades de ajudar e realizar suas potencialidades. Em última análise, conclui que somente poderemos ajudar o paciente e a seu familiar se oferecermos condições de cuidado suficientes e facilitadores e, acima de tudo, se acreditarmos que as pessoas possuem potencial para crescerem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKERMANN, M. et al. **Teoria de la consecución de objetivos**. Madrid: Harcourt Brace, 1994.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1979.
- BARRIOS, S.T.G., ROSSATO, V. M. D. **Lar das vovozinhas: um manicômio a ser desconstruído**. Santa Maria, 1992. Monografia (especialização) Universidade Federal de Santa Maria, 1992.
- BETTINELLI, L. A. **Cuidado solidário**. Passo Fundo: Berthier, 1998.
- BIRMAN, J, SERRA, A.A. **Os descaminhos da subjetividade**. Niterói: Editora Universitária/EDUFF, 1988.
- CASANOVA, E.G. **As experiências de aprendizagem da disciplina neuropsiquiátrica sob a ótica da reorganização psiquiátrica: o duplo desafio**. Rio de Janeiro, 1997. Dissertação (mestrado) Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- CHODOFF, P. **DSM – III and psychotherapy**. 1986.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1., 1989, Brasília. **Relatório final**. Brasília, 1989.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. 2., 1992, Brasília. **Relatório final da conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério de Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde Mental, 1994.
- COSTA N. do R. **Cidadania, classes populares e doença mental**. In: Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 5. ed. Petrópolis :Vozes, 1997.
- COSTA, A.S.S. e COLVERO, L.A. Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e saúde Mental em unidade básica de saúde: Um relato de experiência de interação do docente-assistencial. **Enferm. ver. Belo Horizonte**, v.2, n.4, p.51-54, dez. 1995.
- ELSEN, I. **Família**. Semana de enfermagem e II mostra dos serviços de enfermagem de Santa Maria. Rio Grande do Sul, junho, 1998.

- FALLEIROS, M.N.R.B. **Travessia para o amanhã: relacionamento interpessoal terapêutico com o paciente doente mental crônico.** Curitiba, 1996. Dissertação (mestrado), Universidade Federal de Paraná, 1996.
- FILIZOLA, C.L.A. Papel do enfermeiro psiquiatra: oprimido e opressor. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.31, n.2, p.173-190, ago. 1997.
- FOUCAULT, M. **História da loucura.** 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1989.
- \_\_\_\_\_. **Doença mental e psicologia.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Microfísica do poder.** 11. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1995.
- FRAGA, M.N.O. A prática de enfermagem psiquiátrica no Ceará e sua relação com o contexto sócio-histórico. **R. Bras. Enfer.** Brasília, v.48, n.1, p.17-25, jan./mar. 1995.
- FROMM, E. **Psicanálise da sociedade contemporânea.** Rio de Janeiro: Zahar, 1974.
- FUREGATO, A.R.F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem.** Ribeirão Preto: SCALA, 1999.
- GABBARD, G. **Psiquiatria psicodinâmica prática clínica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- GALLI, V. CONGRESSO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1., 1989, Brasília. **Relatório final.** Brasília, 1989.
- GARCIA-ROZA, L.A. **FREUD e o inconsciente.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- GATTÁS, M.L.B. **Relacionamento focalizando o interpessoal.** In: Manzolli. **Enfermagem psiquiátrica: da enfermagem psiquiátrica à saúde mental.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GÓES, H.I.F. et al. Atendimento multiprofissional a familiares de doentes mentais internados no hospital regional do Vale do Ivaí- relato de experiência.. Maringá, nº 6, v.1, p.105-112, 1995.

- GRANDO, L.H. e CENTENO, A. **O ambiente terapêutico**. In: Manual de enfermagem psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 1997.
- GRÜDTNER, D.I. **Processo educativo participativo com enfoque na ajuda à família: uma experiência na disciplina de enfermagem cirúrgica**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- GUIDO, L.A. **Aplicação da teoria do alcance dos objetivos de Imogene King ao Cliente cirúrgico ambulatorial: uma análise reflexiva**. Santa Maria: UFSM, 1994. (Projeto de dissertação de mestrado apresentado ao Curso de Mestrado Expandido em Assistência de Enfermagem).
- HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU-EDUS, 1979.
- HOTOTIAN, S.R. **Uma reflexão sobre o adoecer mental**. [online] disponível na internet via <http://www.psicoway.com.br>. Arquivo capturado em 4 de fevereiro de 1999.
- ISAACS, A. **Saúde mental e enfermagem psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- KANTORSKI, L.P. e SILVA, G. B. Um objeto de estudo sobre ensino de enfermagem psiquiatria e saúde mental. **Rev. Bras. Enferm. Brasília**, v. 51, n.3, p 417- 430, jul./set.,1998.
- KAPLAN, H.I, e SADOCK, B.J. **Compêndio de psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- KING, I.M.A **Teory for nursing: systems, comcepts, process**. New York: Wiley, 1981.
- MACHADO., R. et al. **Danação da ordem: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de janeiro: GRAAL, 1978.
- MANZOLLI, M.C. et al. **Enfermagem psiquiátrica: da enfermagem psiquiátrica à saúde mental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- MASSARO, G. **Loucura: uma proposta de ação**. 2. ed. São Paulo: Agora, 1994.
- MCDERMATT, B. **Tratado de medicina interna**. 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MOTTA, J.M. Hospital dia: uma possível instituição de tratamento. **Rev. Enferm., Belo Horizonte**, v.2, n. 4, p.55-60. dez. 1995.



- OGATA, M.N., RODRIGUES, A. R. F. Contribuição à história da enfermagem psiquiátrica brasileira. **Rev. Paul. Enf.**, v. 14, n.2/3. p. 77-85,1995.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Venezuela, 1990. (mimeografado).
- OSINAGA, V.L.M. et al. Enfermeira interagindo terapêuticamente com paciente idosa em depressão crônica. **Rev.Bras. Enferm.** Brasília, v.51, n.2, p 263-272, abr/jun. 1998.
- PAULA, W.K. de. **Esquizofrenia**: abordagens conceituais apontadas por enfermeiros e médicos da grande Florianópolis e identificadas nos autores de enfermagem psiquiátrica. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina,1985.
- PEPLAU, H.E. **Interpessoal relations in nursing**. New York, Punam's, 1952.
- PERUSI, A. **Imagens da loucura**: representação social da doença mental na psiquiatria. São Paulo: Cortez, Recife: Editora da Universidade Federal de Pernambuco, 1995.
- PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- PITTA, A.M.F. **Hospital**: dor e morte como ofício. 3ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Saúde mental e processo de trabalho em saúde**. In: III Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e II Encontro de Enfermeiros Psiquiátricos. Ribeirão Preto, São Paulo, novembro. 1990.
- RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. In: Org. TUNIS, S.A. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 5ª ed. Petrópolis - RJ:Vozes,1997.
- REZENDE, A.L.M. **O planejamento educacional participativo**. Belo Horizonte: UFMG, 1990 (mimeo).
- ROGERS, C.R. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 1982.
- SILVA FILHO, J. F. da A. **Medicina, a psiquiatria e a doença mental**. In: Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 5. ed. Petrópolis: Vozes,1997.
- SILVA, A.L.A. e FONSECA, R. M. G. Repensando o trabalho em saúde mental: a questão de interdisciplinariedade. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.48, n. 3, p.212-217, jul./ago. 1995.

- SILVA, M.J.P. **Educação continuada**: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro: Marquez-Saraiva, 1989.
- SOUZA, M.C.B. de.M. Interagindo com um indivíduo em sofrimento mental. **Enferm. Rev. Belo Horizonte**, v.2, n.4, p. 47-50, dez. 1995.
- STEFANELLI, M.C. **Comunicação com o paciente**: teoria e ensino. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993.
- . Relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente. **Revista Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.17, n.1, p.39-45, 1983.
- SULLIVAN, H.S. **The interpersonal theory of psychiatry**. New York: W.W. Norton, 1953.
- TAVARES, J. L, et al. Interação terapêutica enfermeiro- paciente deprimido. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.32, n. 2, p.101-108, ago. 1998.
- TAVARES, J.L. Enfermagem Psiquiátrica no Brasil: Reflexões sobre o ensino e a prática. **Rev. Baiana de Enferm.**, v.10, n. 1/2, p.19-29, abr./out. 1997.
- TAYLOR, C.M. **Fundamentos da enfermagem psiquiátrica**. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TRAVELBEE, J. **Intervencion em enfermeria psiquiátrica**: el processo de la relacion de persona. Cali: Carvajal, 1979.
- TRENTINI, M. Relação entre teoria, pesquisa e prática. **Rev. Esc. Enf. USP** São Paulo, v,21,n.2, p. 35-143, ago.,1987.
- WALDOW, V.R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.
- WALDOW, V.R. et al. **Maneiras de cuidar maneiras de ensinar**: a escola entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- WINTER, E. , SALLES, E. M. **Metodologia da pesquisa científica**. São Paulo: CEDAS, 1996.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- AMARANTE, Paulo(org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro :Ed. FioCruz, 1994.
- BARCHIFONTAINE, C. P., PESSINI, L **Problemas atuais de Bioética**. São Paulo: Loyola, 1991.
- CARVALHO, E.C. Análise do discurso da equipe de saúde e paciente. **Rev. Esc. Enf. USP**,V.1, P.73-82, abr. 1991.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL - COREN-RS. **Manual para assistência de enfermagem em saúde mental na área hospitalar**. Porto Alegre, 1997.
- COSTA, N.R. **Cidadania, Classes Populares e Doença Mental**. Rio de janeiro. 2º ed. Imago, 1975.
- DANIEL, L.F. **Atitudes interpessoais em enfermagem** . Porto Alegre: EPU, 1983.
- DUARTE JUNIOR, J.F. **A política do loucura (a antipsiquiatria)**. Campinas -SP: Papirus, 1953.
- FLAHERTY, C. e DAVIS, M. **Psiquiatria diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Artes Médicas, 1990.
- GEORGES, C. **O Normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense universitária, 1966.
- KLEIN, M. **Psicologias das emoções básicas do homem**. São Paulo: 2º ed. Imago. 1975.
- LOPES, M.E.F.E e MANZOLLI, M.C. **Grupalidade em enfermagem psiquiátrica: algumas questões**. In: Manzolli. **Enfermagem Psiquiátrica**:
- MANZOLLI. M.C. et al. **Psicologia em enfermagem**. São Paulo: Sarvier, 1981.
- MEZER, R. R. **Psiquiatria dinâmica**. 4. ed. Porto Alegre: Globo, 1978.

NOGUEIRA, A.L.M.P. Atitudes frente ao doente mental: um estudo da influencia do nível de comportamental sintomáticos e do sexo de pacientes psiquiátricos sobre as atitudes de seus familiares, **Rev. de psicologia** (1) : p. 25- 49, jan/dez. 1983.

**OMS - Classificação dos Transtornos Mentais da CID-10.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

RAMOS, R. **psicoterapia para psicóticos internados em enfermaria psiquiátrica.** São Paulo. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 1994 ( Dissertação de mestrado em psicologia clínica).

ROCHA, R.M, e BARTMENN, M. et. al. **Enfermagem em saúde mental.** Rio de Janeiro: SENAC/DN/DFP, 1996.

ROUDINESCO, E, et al. **FOUCAULT: leituras da história da loucura.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

SANTOS, M.L.M. e TEIXEIRA, M.B. Relacionamento terapêutico: relato de uma experiência em enfermagem psiquiátrica. **Ver. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.21,n.1, p.67-74, 1987.

**SAÚDE MENTAL COLETIVA. Revista do Fórum Gaúcho da Região da Campanha** - Bagé: Universidade da Região da Campanha v.1,n.1,1992.

SILVA,C.O. **Curar adoecendo** - um estudo em busca da saúde da inventabilidade e da vida. Dissertação de mestrado, CESTEJ/ENSP/FIOCRUS, Rio de Janeiro, 1994.

## ANEXOS

## (ANEXO I)

## ENTREVISTA COM O PACIENTE E FAMILIAR

## I – IDENTIFICAÇÃO

Nome:.....Nº SAME :.....  
 Data de nascimento:...../...../.....Idade:.....Sexo:.....  
 Cor:.....  
 Filiação: Pai:.....  
 Mãe:.....  
 Nacionalidade:.....Naturalidade:.....  
 Escolaridade:..... Situação civil:.....  
 Profissão:..... Religião:.....  
 Endereço:.....Cidade:.....Estado:.....

## II – SITUAÇÃO FAMILIAR

- 1) Quantas pessoas compõem a família .....
- 2) Quantas trabalham: .....
- 3) Condições sócio-econômicas: .....
- 5) Residência ( ) própria ( ) alugada ( ) madeira ( ) alvenaria

## III – DADOS FAMILIARES

- 1) Existe casos de doença mental na família ? Quais ?  
 .....  
 .....
- 2) Casos de alcoolismo, dependência de medicação ou droga ?  
 .....  
 .....
- 3) O que sabe sobre a doença?  
 .....  
 .....
- 4) Como a família percebe doença mental?  
 .....  
 .....
- 5) Como é seu relacionamento com a família, amigos e no trabalho?  
 .....  
 .....
- 6) Que atividades desenvolve ?  
 .....  
 .....

## IV – HISTÓRICO DA DOENÇA

1) Fale de sua vida antes de adoecer ?

1) Quando e como apareceram os primeiros sintomas da doença?

2) Quais os motivos que o levaram a consultar?

2) Quantas internações em unidade psiquiátrica? Onde?

3) Como estava no momento da alta?

3) Após a alta segue o tratamento? Onde?

4) Em casa toma a medicação regularmente? Quem Auxilia?

5) Além do tratamento médico, procura outros recursos alternativos?

## V - CONDIÇÕES FÍSICAS

PA:..... Temperatura:.....FC: ..... FR: .....

Principais queixas:.....

6) Faz tratamento clínico? Quais?

Observações:

Nome e parentesco do familiar entrevistado:.....

Data:.....

ASS:.....

(ANEXO II)  
 QUADRO DEMONSTRATIVO DAS ETAPAS DO PROCESSO METODOLÓGICO DE WANDA HORTA E KING

Processo de enfermagem segundo Horta	Processo de enfermagem Segundo King	Processo metodológico proposto
Histórico	Levantamento de dados	<p>Percepções e expectativas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ preocupações</li> <li>➤ medos, inquietações</li> <li>➤ problemas de saúde</li> <li>➤ que sabe sobre a doença, tratamentos e internações anteriores</li> </ul> <p>Necessidades básicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ hábitos alimentares</li> <li>➤ sono, rituais, horários</li> <li>➤ atividade física e cuidado corporal</li> <li>➤ condições sócio-econômicas</li> <li>➤ recreação e religiosidade</li> </ul>
Diagnóstico de enfermagem	Diagnóstico de enfermagem	Identificação dos problemas, distúrbios ou preocupações aos quais o paciente buscou ajuda.
Plano assistencial	Planejamento	Fixação de metas e tomada de decisões sobre a maneira pela qual podem ser alcançadas as metas.
Plano de cuidados	Implementação	Implementação das ações de enfermagem que visam a satisfação das metas.
Evolução Prognóstico	Evolução	Descrição da maneira pela qual os resultados identificados como metas foram alcançados e a eficácia do cuidado de enfermagem.



## (ANEXO III)

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Idade: .....

Sexo: .....

Escolaridade: .....

Função: .....

1. A quanto tempo trabalha na área psiquiátrica?

.....

2. Depois que iniciou a trabalhar na unidade psiquiátrica realizou algum curso de treinamento, aperfeiçoamento ou atualizações em saúde mental?

.....

Quais?

.....

.....

3. Na sua opinião, os cursos que realizou auxiliaram no entendimento de doença mental e no cuidado prestado ao paciente?

.....

Como?

.....

.....

4. Você gostaria de participar de encontros para refletir sobre o cuidado de enfermagem em psiquiatria?

.....

5. Que assuntos você considera importantes e necessários para serem discutidos entre a equipe de trabalho?

.....

.....

.....

Data:

(ANEXO IV)

## **RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Os encontros com a equipe de enfermagem ocorreram durante 3 meses. No decorrer deste tempo, foi realizada a prática assistencial com a participação de três pacientes, um familiar, um acompanhante responsável pela paciente e a equipe de enfermagem.

O texto abaixo descrito relaciona-se com as atividades realizadas junto equipe de enfermagem. Os dados foram coletados através de entrevista e observação durante o horário de serviço, passagem de plantão, reuniões e ações educativas.

Partimos da problemática de que há 5 anos não é oferecido treinamento ou curso de aperfeiçoamento na área. Inclusive, a maioria dos funcionários iniciaram a trabalhar sem experiência anterior em saúde mental, ou não tinham cursado a disciplina de enfermagem psiquiátrica durante o curso de auxiliar de enfermagem.

A bolsista Carla diz: “no estágio do curso não aprendi quase nada, eram poucos dias por semana no ambulatório, durante a tarde, ... tive pouca visão de psiquiatria .... o que fazíamos era administrar medicação e dar orientações”. A funcionária Amélia fala: “quando iniciei a trabalhar aqui no hospital me mandaram para o psiquiátrico, não sabia o que era psiquiatria ... nem idéia do que se fazia ...”. Já a funcionária Vânia, que iniciou suas atividades a pouco menos que cinco anos, relata: “antes de trabalhar na psiquiatria fiz um curso de saúde mental coletiva, foi fundamental para trabalhar com doente mental”.

No dia 5 de agosto, na sala de reuniões da unidade Paulo Guedes, iniciamos a programação das atividades educativas.

O estudo sobre o contexto histórico da loucura despertou interesse na equipe de enfermagem, os quais consideraram importante saber como evoluiu o cuidado ao doente mental.

Mesmo passando séculos e com a evolução da medicina, observou-se que alguns aspectos da representação da loucura ainda são marcantes na atualidade, como

a explicação de pacientes e familiares que recorrem a causas místicas para explicarem suas percepções sobre doença mental. A aux. Lembra: “muitos de nossos pacientes fazem tratamento médico porque a sociedade exige, mas acreditam mesmo que é sarava, falta de fé ou fraqueza de espírito”.

Quanto ao tratamento moral do século XVII, identificamos que ainda está presente nas condutas dos profissionais a “repressão”, verificada nas respostas dos profissionais aos comportamentos dos pacientes, os quais são considerados inadequados. Colocamos normas para enquadrar o paciente, com a intenção de reeducá-lo para viver em sociedade. Essas atitudes são visíveis quando proibimos os pacientes de ir ao pátio como castigo por atitudes “não aceitáveis”, ameaçamos contê-los se não se comportarem, não liberaremos visitas, se brigarem com os familiares, etc. Nestes termos, freqüentemente, falamos:

“...aqui quem sabe é seu médico, é ele quem decide sobre tratamento e sua alta”

“toma a medicação, foi o médico que prescreveu”

“isso foi uma determinação médica”

“o médico disse que os pacientes dele não teriam visita liberadas antes da entrevista médica”

“se não se comportar vai ser contido”

“teu médico não liberou telefonema”

“se continuar assim, com essas atitudes, não vai embora”

O encontro, realizado no dia 12 de agosto, teve como objetivo conhecer em que situação evidenciou a problemática da loucura no Brasil desde o início do século XIX até a atualidade, a reforma psiquiátrica, a desinstitucionalização e o movimento dos profissionais da área da saúde mental.

Muitos funcionários que trabalhavam na década de 80 participaram do movimento dos trabalhadores de Saúde mental. A enfermeira Eloá conta como foi sua participação no movimento; a capacitação dos profissionais da área da saúde mental; o curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva que realizou em 1992 e também da participação dos profissionais no 2º Simpósio Internacional de Saúde Mental Comunitária realizada em Santa Maria – RS. A auxiliar Ana fala que não participou propriamente do movimento, mas lembra que outros colegas participaram ativamente e comenta sobre o cuidado nesta época, “era muito difícil de se trabalhar,

tínhamos que cuidar de 40 pacientes entre dois funcionários de dia e um durante a noite ....um lado do inferno já conheci”. A Recreacionista Rosa fala de sua visita no Hospício São Pedro, “fiquei impressionada, voltei com certeza de que aqui tratávamos muito melhor os pacientes”.

No encontro do dia 19 de agosto discutimos sobre as diversas concepções e explicações que o homem criou, ao longo de sua existência, a respeito da origem da doença mental.

Também discutimos sobre as abordagens atuais de doença mental e sobre a evolução dos tratamentos dispensados aos considerados doentes mentais.

Vimos que a tendência da enfermagem é de explicar o processo saúde/doença mental na abordagem orgânica, visto que, ainda, a assistência está voltada para ao terapêutica medicamentosa e respostas orgânicas, mas também valoriza a importância da influência social e psicológica. Eloá diz que saúde é “um modo de agir que dispõe flexibilidade para buscar respostas e saídas para as inúmeras e diferentes situações que estamos expostos no dia a dia”. Roberto considera saúde como “tudo que faz bem para a pessoa”. Para Mariana é “quando uma pessoa está em equilíbrio bio psico e social”.

Em relação à doença mental, Eloá percebe como “um modo diferente de agir das pessoas, por vezes bastante diferenciado de outras que são ditas normais”, Roberto considera “uma disfunção mental... o que vai de encontro com o pensamento e os padrões da sociedade.. algo que altere o comportamento individual”, Pedro percebe como “uma doença que acomete as terminações senso-percepção e SNC” e Marina considera que uma pessoa está doente mentalmente “quando não consegue resolver problemas, buscar soluções para estabelecer o equilíbrio emocional”.

Sobre o tratamento ao doente mental, na década de 80, os funcionários falam que o ECT era bastante usado e realizava-se na unidade de internação com o uso de sedativo. Ana diz que “os pacientes quando ouviam falar em eletrochoque entravam em pânico”. Em outro momento a funcionária diz “houve uma época que o tratamento era melhor, tínhamos psicólogo que acompanhava os pacientes, assistente social, serviço de socioterapia organizado ... parece que trabalhávamos mais em equipe e, hoje, é nós e os médicos”.

Joana comenta sobre o uso de medicamentos e como percebia o cuidado aos pacientes “era desumano ver aqueles pacientes andando para lá e para cá... e nós tínhamos que mantê-los sempre em atividade”. Amélia diz que “os pacientes internavam e recebiam altas doses de medicação, ficavam sedados” e fala do tratamento atual “hoje, o tratamento inicia com bem pouca medicação ou quase nada”. Embora, alguns membros da equipe consideram que os pacientes deveriam usar mais medicamentos no início da internação.

A maneira de cuidar o paciente mudou, é o que pensa Eloá quando diz: “lembro que antes os pacientes passavam mais tempo contidos... andavam pela unidade que nem robô ... e babando”.

No dia 26 de agosto, apresentei à equipe de enfermagem alguns aspectos da trajetória histórica da enfermagem psiquiátrica no Brasil, suas origens, características e seu desenvolvimento até os dias atuais. Discutimos como as representações sobre a assistência de enfermagem psiquiátrica repercutem em nossos cotidiano.

A equipe percebe que os valores da assistência de enfermagem psiquiátrica tem mudado nos últimos anos, e que, além da medicação, é importante que se desenvolva um ambiente adequado, que a relação profissional com o paciente não necessita ser distante. Joana comenta “se mudou a conduta com o paciente ... como vamos agir ...qual é o mais correto ... se cada um faz como acha melhor, ... quem sofre é o paciente”. Em relação ao cuidado, Roberto fala que “muitas vezes se faz (manejo do paciente) sem saber se está certo ou errado”. E Ana diz que “é no dia a dia que se aprende ... hoje muda muito o nome das doenças e das medicações...”. Eloá diz que “é importante conhecer aspectos não conhecidos na área, que atuamos, isto reflete uma melhor qualidade do atendimento”. Carmen complementa “se trabalha mais seguro quando a gente nota que aquilo que se faz está certo”.

Em vários momentos, na unidade, discutimos sobre a autonomia do serviço de enfermagem e, referente a este assunto, Ana fala “quem está aqui 24 horas é a enfermagem que suporta e orienta o paciente”. Em relação às visitas dos pacientes, Amélia fala que “a enfermagem perdeu a autonomia de liberar a visita de familiares fora do horário, da quarta ou domingo ... se vier familiar fora deste horário temos que chamar o médico do paciente ou o médico de plantão, que muitas vezes não sabe

nada do paciente, nem do familiar”. Roberto questiona “o que estamos fazendo aqui”?

Ao conversarmos sobre a função da enfermeira na unidade psiquiátrica, Eloá diz que “assim não dá para continuar, nossa função acaba sendo trancar o doente dentro do hospital”.

No assunto relacionado ao trabalho em equipe, alguns profissionais relatam seus descontentamentos. Rosa fala sobre o trabalho da praxiterapia “falta forças para se fazer alguma coisa .... sozinha não se pode fazer muita coisa, mas também só no papel não resolve muito. Às vezes te cobram as coisas ... tu vai fazendo e faz tudo ... quando tu vê está fazendo sozinha”. Ana conta sobre uma conduta médica que interferiu na orientação de enfermagem “.... aqui nós procuramos trabalhar junto e de frente, mas o que parece, é que o médico (..) quer trabalhar só e de costa”. Em relação ao encaminhamento de paciente para outro serviço, Amélia diz “não sabemos para onde encaminhar o paciente quando dá alta ... não temos conhecimento sobre outros serviços sem ser o hospital”.

Quando discutimos sobre a participação do paciente e familiar no planejamento do cuidado, os funcionários contribuíram de acordo com suas experiências. Na opinião da funcionário Marina, “a assistência deve ser estendida ao familiar, pois quando há um doente na família, todas as pessoas acabam adoecendo junto”. Amélia acha “têm casos que a família ajudaria, se pudesse ficar junto .. é o caso de alguns paciente”. Na opinião de Pedro, o acompanhamento de familiares na unidade de internação “é válido quando ambos conseguem atingir os objetivos e que o paciente seja favorecido”. Joana também considera que “é importante incluir a família no plano de cuidados, dependendo do caso pode ser uma boa forma de tratamento”. Entretanto, alguns concordam com a opinião de Roberto quando diz que “às vezes, é necessário afastar os familiares, eles estão mais doentes que o próprio paciente e só atrapalham”.

Durante a discussão sobre a prática assistencial e a teoria de King, a funcionária Eloá compreende que “desta forma teremos a de tendência prestar um cuidado mais adequado a cada situação específica, ou seja, talvez assim possamos ter mais consciência da realidade”. No entanto, na opinião de Ana, “é difícil atender 26 pacientes psicóticos com uma equipe de enfermagem de três profissionais de

enfermagem por turno e, muitas vezes, sem enfermeira.”

Sobre as atividades desenvolvidas na unidade, o grupo operativo é citado como exemplo de cuidado participativo, assim fala Eloá: “os pacientes discutem, opinam e decidem, dentro das condições de cada um, é claro, a possibilidade de assumirem atividades, e combinam com a enfermagem e os outros pacientes como serão realizadas as atividades”.

Outro assunto que discutimos, tanto nos encontros como durante as atividades realizadas na unidade, foi a comunicação terapêutica e a interação entre os profissionais e paciente. Antônio diz: “com o paciente Tales tem que se conversar com respeito e impor limites”. Carmem fala “não sei o que sinto em relação ao paciente Tales, às vezes sinto afeto, outra ódio”. Joana compreende que é importante se conversar com o paciente, mas o que consegue é fazer o necessário (medicação, higiene, orientações básicas e encaminhamentos). Concomitante, com o assunto anterior, relacionamos algumas dificuldades e conflitos relacionados ao cuidado em unidade psiquiátrica. Eloá considera que ocorre conflito “quando há desacordo entre colegas sobre determinada conduta e quando o modo de agir do paciente provoca irritação, rechaço”. Para Mariana “nem sempre se faz o que gostaria de fazer, mas se age de acordo com o pensamento de uma equipe e isso gera conflito interno”.

(ANEXO V)

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS FUNCIONÁRIOS DE ENFERMAGEM**

1) O que você entende por doença mental ? .....

.....

.....

.....

.....

2) O que você entende por saúde mental ?.....

.....

.....

.....

.....

3) Ao cuidar do doente mental internado, você encontra situações de conflito interpessoal? exemplifique:

.....

.....

.....

.....

4) Dê sua opinião sobre a participação da família e do paciente no plano de cuidados da enfermagem.

.....

.....

.....

.....

.....