

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

**DESVELANDO NECESSIDADE CONTRÁRIA ATRAVÉS  
DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE  
PSIQUIÁTRICO**

**ROSANGELA MARIA FENILI**

**ORIENTADORA: DRA. ROSITA SAUPE**

**CO-ORIENTADOR: DR. WILSON KRAEMER DE PAULA**

**FLORIANÓPOLIS - 1999**

**ROSANGELA MARIA FENILI**

**DESVELANDO NECESSIDADE CONTRÁRIA ATRAVÉS  
DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE  
PSIQUIÁTRICO**

Dissertação apresentada como requisito  
parcial à obtenção do grau de Mestre.  
Universidade Federal de Santa Catarina.  
Centro de Ciências da Saúde, Curso  
de Pós-Graduação em Enfermagem.  
Orientadora: Dra Rosita Saupe.  
Co-orientador: Dr. Wilson Kraemer de Paula

**FLORIANÓPOLIS – 1999**

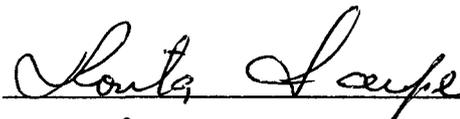
ROSANGELA MARIA FENILI

DESVELANDO NECESSIDADE CONTRÁRIA ATRAVÉS DA  
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE PSIQUIÁTRICO

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre  
no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de  
Santa Catarina

**Banca Examinadora:**

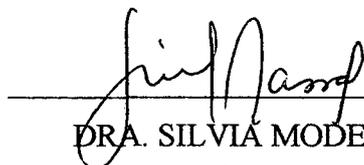
ORIENTADORA:



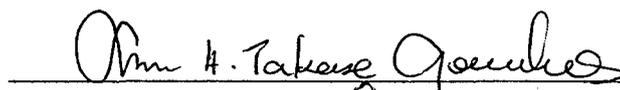
DRA. ROSITA SAUPE



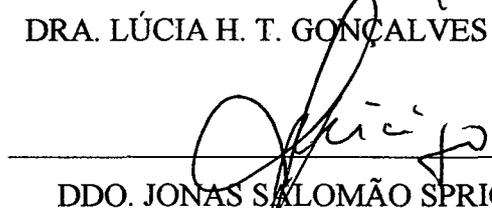
DRA. TOYOKO SAEKI



DRA. SILVIA MODESTO NASSAR



DRA. LÚCIA H. T. GONÇALVES (Suplente)



DDO. JONAS SALOMÃO SPRICIGO

**Florianópolis, 19 de março de 1999**

## AMO AS GAIVOTAS, ENTÃO...

QUERIA ser uma gaivota para alçar vôo  
e observar com maior amplitude quem me procura,  
quem me quer perto, quem posso ajudar.

QUERIA ser uma gaivota para ter a sua segurança,  
Que, em determinados momentos, me deixa só.

QUERIA ser uma gaivota para ter a sua leveza,  
quando tantas vezes me sinto um grande peso.

QUERIA ser uma gaivota para ter a sua tranquilidade  
nas horas em que mais necessito.

QUERIA ser uma gaivota para percorrer grandiosas distâncias,  
pois sinto que as minhas distâncias ainda são minúsculas.

QUERIA ser uma gaivota para apreciar as belezas  
e encantos da natureza que não estão ao meu alcance.

QUERIA ser uma gaivota para voar sem pressa, sem compromissos,  
Para, em determinados momentos, ir sem saber para onde.

QUERIA ser uma gaivota para ter a sua soberania  
e o poder das alturas.

QUERIA ser uma gaivota para sentir o frio e o calor,  
buscar formas e lutar pela sobrevivência.

QUERIA ser uma gaivota para buscar o meu alimento  
nos lugares quase impossíveis e inimagináveis.

QUERIA ser uma gaivota para transparecer cores  
no preto e branco.

QUERIA ser uma gaivota para ir onde quero,  
fazer o que quero  
e ter o que quero.

QUERIA ser uma gaivota para saber ocupar o meu espaço  
e compartilhá-lo com quem o desejar e necessitar.

QUERIA ser uma gaivota para sobrevoar os mares,

apreciar a sua imensidão  
e absorver as suas energias.

QUERIA ser uma gaivota para chegar ao topo da maior montanha,  
sentir a sua nobreza  
e conhecer o seu fim ou começo.

QUERIA ser uma gaivota para flutuar nas nuvens,  
quem sabe.

QUERIA ser uma gaivota para ter a sua ligeireza  
nos momentos oportunos.

QUERIA ser uma gaivota para ter a sua astúcia, perspicácia  
e enfrentar com sabedoria as armadilhas do dia a dia.

QUERIA ser uma gaivota para dar encanto à natureza  
e conhecer tudo do que sou capaz.

Rosângela M. Fenili

## AGRADECIMENTOS

\_\_\_ *Ao Mestre Maior, Jesus Cristo, que, através da relação interpessoal contínua, profunda, verdadeira e, inigualável, me compreende, me afaga, me estimula, me inspira, me acolhe nos tropeços e desânimos proporcionando-me forças superiores para trilhar o caminho que me parece tão difícil, fazendo-me crer que este caminho não surgiu por acaso, e que esta experiência tinha que ser vivenciada.*

\_\_\_ *Ao meu pai, que mesmo vivendo em outra “dimensão”, tem olhado por mim, energizando-me com seu consolo, amparo e coragem.*

\_\_\_ *À minha mãe, por sua demonstração de força, luta contínua e perseverança, coragem, independência e por me proporcionar seu amor, carinho, preocupação, apoio e por segurar as “minhas barras” sempre que necessito. Amo você!!*

\_\_\_ *Aos meus filhos, Thabata Glenda e Israel, que sentiram a minha distância, muitas vezes a minha impaciência, mas que tentaram, na sua forma, compreender que não seria por muito tempo. Vocês são muito especiais, estão sempre no meu coração, e muito os amo!!*

\_\_\_ *Aos clientes MURIEL e URIEL, que, através da relação pessoa-pessoa estabelecida com a confiança mútua e sobretudo o respeito, oportunizaram-me um novo olhar, um novo conhecimento. A “impotência” ainda nos deixa de mãos atadas, provocando uma dor profunda, por não ter a possibilidade de modificar a situação. No entanto, me conforta a riqueza dos momentos que foram possíveis serem vivenciados com vocês.*

\_\_\_ *Aos demais clientes que me perceberam e receberam de uma forma especial, demonstrando que para eles eu também era importante. Espero que tenham sentido a atenção que procurei dar em todos os momentos que me foram possíveis. Infelizmente não*

*pude ser “oitenta e cinco Rosangelas”. Mas basicamente todos tiveram o meu olhar matinal.*

\_\_\_ *À equipe que participa da Unidade em que realizei este estudo, pelo acolhimento, receptividade, simpatia, empatia, respeito e o bem estar que sempre existiu durante todo o período. Vocês são mais importantes do que imaginam!!!*

\_\_\_ *À chefia e funcionários do Departamento de Enfermagem, pelo apoio e colaboração durante todo o período de formação.*

\_\_\_ *À Pós-Graduação em Enfermagem, que me possibilitou, através de seu corpo docente, adquirir novos conhecimentos.*

\_\_\_ *Aos funcionários da Pós-Graduação, pelo atendimento e colaboração prestados sempre que houve necessidade.*

\_\_\_ *Aos colegas da Disciplina Enfermagem Psiquiátrica, Tânia, Jonas e Maria Inês, que facilitaram a minha saída parcial, favorecendo as coberturas necessárias. Agradeço e espero retribuir . Carinho a todos.*

\_\_\_ *À minha grande amiga, Tânia, irmã de coração, “terapeuta” em muitos momentos, e que a cada instante me ensina o quão gostoso é estar perto de alguém, poder confiar, ter segurança e liberdade. Toda esta manifestação possibilitou o estabelecimento e o fortalecimento de uma relação interpessoal, trazendo-me a reflexão de corrigir aquilo que me é possível, provocando mudanças e crescimento nesse meu viver. Obrigada, amiga, por esta oportunidade de entrar no seu caminho e estar no “lado esquerdo do seu coração” e pela valiosíssima ajuda no desenvolvimento deste trabalho. Você me é muito especial.*

\_\_\_ *As novas amizades que foram possíveis ser estabelecidas com os colegas da turma de mestrado, que me permitiram um novo conhecer. Algumas pessoas tão próximas e outras de lugares tão distantes. Que esse “laço” não se desfaça ao término dos nossos compromissos acadêmicos, que continuemos cada um no coração do outro.*

\_\_\_ *À amiga Odaléa, pela possibilidade de interagir mais de perto, dando-me a oportunidade de conhecer o seu modo de ser, suas fragilidades e poder compartilhar alguns sentimentos. Obrigada pela ajuda na organização deste trabalho. Amiga, você me é muito importante.*

\_\_\_ *À querida Mila, com toda sua “amorosidade”, refletida nas suas ações, companheirismo, determinação e humanismo. É muito prazeroso estar com você.*

\_\_\_ *Ao grupo que tem investido, persistido e compartilhado de momentos extremamente agradáveis, relaxantes, energizantes e alegres em nossos encontros mensais. Incluam-se todos, presentes fisicamente, e os presentes sempre nos nossos pensamentos. O lazer é indispensável à nossa Saúde Mental!!*

\_\_\_ *Aos professores que participaram da Banca de qualificação, Dr<sup>a</sup> Lygia Paim Muller Dias, Dr<sup>a</sup> Sílvia Modesto Nassar, Ddo Jonas Salomão Spricigo e Dr<sup>a</sup> Rosita Saupe, pelas contribuições dadas, e a Dr<sup>a</sup> Lúcia H.T. Gonçalves, por aceitar participar como suplente.*

\_\_\_ *Aos professores que participam desta Banca de Sustentação, Dr<sup>a</sup> Toyoko Saeki, Dr<sup>a</sup> Sílvia Modesto Nassar, Ddo Jonas Salomão Spricigo, Dr<sup>a</sup> Rosita Saupe, por aceitarem e se disporem a estar nesse momento compartilhando, colaborando, discutindo e crescendo juntos, e a Dr<sup>a</sup> Lúcia H. T. Gonçalves, por novamente participar como suplente.*

\_\_\_ *Ao Dr. Gilberto Luiz de Souza Paula, por suas contribuições.*

\_\_\_ À querida orientadora Dr<sup>a</sup> Rosita Saupe, que, mesmo não tendo ligação direta com a área da psiquiatria, assumiu esse desafio, com toda a sua dedicação, competência, consideração, respeito, muito carinho, sempre disponível e muito próxima, estimulando e acreditando nas minhas capacidades. Um grande abraço, com muito carinho e agradecimento especial.

\_\_\_ Ao querido Dr<sup>o</sup> Wilson Kraemer de Paula, meu co-orientador, que viu em mim alguém em quem poderia confiar e que fosse responsável por aprofundar, de alguma forma, seus estudos. O desafio foi muito grande e o caminho ainda precisa continuar a ser trilhado. Respeito e admiração imensa, por sua dedicação e amor à nossa profissão, pela luta contínua. Por sua disponibilidade em todos os momentos e por todas as nossas discussões muito bem compartilhadas, que serviram de base para o desenvolvimento deste trabalho. Agradecida de coração.

\_\_\_ E a todas as pessoas, que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>XI</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>XII</b>
<b>CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO – VISLUMBRANDO UM CAMINHO.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 2 – REVISÃO DA LITERATURA – COMPREENDENDO O CAMINHO.....</b>	<b>17</b>
2.1 História da Doença Mental.....	18
2.1.1 História da doença mental no mundo.....	18
2.1.2 História da assistência psiquiátrica no Brasil.....	26
2.1.3 História da assistência psiquiátrica em Santa Catarina.....	30
2.1.4 A desinstitucionalização do doente mental e a reforma psiquiátrica..	34
2.2 Enfermagem Psiquiátrica.....	41
2.3 Comunicação.....	46
2.4 Relação Pessoa-Pessoa.....	52
<b>CAPÍTULO 3 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO - CONSTRUINDO O CAMINHO.....</b>	<b>55</b>
<b>CAPÍTULO 4 – IMPLEMENTAÇÃO DO MARCO - PERCORRENDO O CAMINHO.....</b>	<b>77</b>
<b>CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS – REFLETINDO SOBRE ESSE CAMINHO.....</b>	<b>125</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – ALICERÇES QUE AJUDARAM A TRILHAR ESSE CAMINHO.....</b>	<b>138</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>146</b>

## RESUMO

Este estudo relata a assistência de Enfermagem prestada ao cliente psiquiátrico, com a aplicação do Processo de Enfermagem desenvolvido por Paula, tendo como base as Necessidades Humanas Básicas. O referencial teórico-metodológico parte dos estudos de Paula e de contribuições de Travelbee, direcionando o olhar para a relação pessoa-pessoa e comunicação. Através da assistência de Enfermagem, procura identificar a manifestação da necessidade contrária, expressa por Paula, ou seja, para cada necessidade está associada uma necessidade contrária, como fazer/não fazer (necessidade Criatividade), dormir/não dormir (necessidade Sono), comer/não comer (necessidade Nutrição). Os conceitos utilizados foram Enfermagem, Enfermagem psiquiátrica, Enfermeiro, Cliente, Comunicação, Relação pessoa-pessoa. A implementação do referencial foi realizada junto a dois clientes internados com transtornos psiquiátricos, em uma instituição psiquiátrica do estado de Santa Catarina. Na prática assistencial, o Processo de Enfermagem, a partir do Histórico de Enfermagem (primeira fase), foi constituído pelas fases: Diagnóstico situacional (problemas identificados através do Histórico de Enfermagem); Diagnóstico de natureza (necessidades); Diagnóstico de auto-suficiência e auto-insuficiência; Prescrição e Evolução/Prognóstico. Ao utilizar o Processo de Enfermagem, com o inter-relacionamento de suas fases, ele permite orientar, direcionar e avaliar a assistência de Enfermagem prestada ao cliente, que é concretizada com o estabelecimento de uma relação interpessoal alicerçada por uma comunicação terapêutica, a qual deve permear o “fazer” do enfermeiro. Os problemas (Diagnóstico situacional) são decorrentes das Necessidades Humanas Básicas (Diagnóstico de natureza) afetadas nos níveis psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual, que buscam o necessário (Prescrição) para atendê-las. Foi possível, em alguns momentos, o atendimento das necessidades com a evolução para um bom prognóstico. Outras necessidades não puderam ser atendidas, umas por dificuldade de identificar o necessário, outras pelo necessário não estar à disposição, e também por falta de aprofundamento no Diagnóstico situacional, o que impossibilitou o estabelecimento da Evolução e, conseqüentemente, o Prognóstico. Foram resgatados de alguns Diagnósticos situacionais levantados e das ações, ou seja das posturas ou comportamentos dos clientes, a manifestação da necessidade contrária. A necessidade contrária de uma outra necessidade, por si só, existirá em todos os momentos, no entanto, ambas se manifestam em tempo e espaço diferenciados ou semelhantes. Quando se atende à necessidade, progressivamente esta diminui e aumenta, também progressivamente, a manifestação da necessidade contrária. O estudo permite pensar que quando a situação que é observada, por princípio, não é considerada como problema para o cliente, ele poderá estar atendendo à necessidade contrária àquela que o enfermeiro está diagnosticando. A verificação da manifestação da necessidade contrária, além de respeitá-la, permite diminuir manejos inadequados e compreender o estado no qual o cliente se encontra. Uma das maneiras de estimular a manifestação da necessidade contrária àquela que o cliente está atendendo, em um determinado tempo e espaço, poderá ser estimulando a manifestação de uma necessidade oposta. Com isto o cliente é “retirado” da manifestação e atendimento permanente da necessidade contrária, favorecendo o atendimento de outras necessidades, que, perante a assistência que lhe é oferecida, não tem sido possibilitada. Ao considerar essa nova forma de ver, perceber e identificar a manifestação da necessidade contrária e trabalhar no nível de formação, ensino de Enfermagem, reflexos poderão se fazer sentir com “mudanças” na forma de assistir o cliente.

## ABSTRACT

This study describes nursing care to psychiatric patients using a nursing process developed by Paula and based on Human needs. This framework is based on Paula and Travelbee's studies focusing on the relation person-to-person and the communication, searching for identifying the manifestation of the opposed needs. According to Paula, each need has an opposed need, such as: to do / not to do (creativity need); to sleep / not to sleep (sleepiness need); to eat / not to eat (nutrition need). The concepts used in this study are: Nursing, psychiatric nursing, nurse, client, communication, relation person-to-person. This study was implemented with two clients at a psychiatric hospital in the state of Santa Catarina. This first nursing process phase was the patient history, followed by situation diagnosis (problem identified through patient's history); need diagnosis; self sufficiency and self-insufficiency diagnosis; nursing prescription and evolution / prognosis. A nursing process with interrelated phases allows to guide and to evaluate the nursing care. This nursing care is built by a therapeutic communication which permeates all nurses actions. The problem (situation diagnosis) are due to the Basic Human needs affected in a bio-psycho-social-spiritual level which search the necessary (prescription) to solve them. It was possible in some cases to solve Human needs with a good prognosis. However, other needs could not be totally solved, either due to some difficulties in identifying the necessary, or because the solution was not available, or even for difficulties to deepen the situation diagnosis, which precluded the phases of Evolution and Prognosis. It was possible to identify from some situation diagnosis the manifestation of opposed needs. The need and the opposed need are always present, however appears in different times and spaces. When one need is solved, its opposed need increases. This study allows to think that when the situation is not a problem for the client, he might be attentive to the opposed need from that the nurse is diagnosing. The awareness of the existence of an opposed need decreases inadequate handling and increases understanding of the situation. One way of stimulating the manifestation of a need which the client is considering in a specific time and space could be stimulating on opposed need. This way the client is "taken out" of the position of solving the opposed need, facilitating him to attend other necessities. This way of being aware of the needs and the opposed needs of the client and work with in nursing graduation, may reflect on chances in nursing care.

# Capítulo 1

---

## INTRODUÇÃO

---

### VISLUMBRANDO UM CAMINHO...

“A realidade do outro não está naquilo que ele revela a você, mas naquilo que ele não pode lhe revelar. Portanto, se você quiser compreendê-lo, escute não o que ele diz, mas o que ele não diz”.

Kalil Gibran apud Clara F. Miranda & Márcio L. Miranda (1993, p. 150)

Penso ser necessário, em um primeiro momento, fazer uma retrospectiva breve quanto ao meu interesse, afinidade e sensibilidade que tenho para com o cliente psiquiátrico e com a área da Enfermagem Psiquiátrica, vindo a ocorrer desde a época de minha formação, quando, ao contrário de vários colegas, não apresentei problemas. O que seria esperado, pois, segundo Teixeira (1993), a chegada a um hospital psiquiátrico vem carregada de preconceitos e de uma total desinformação, que mostra a forma como a sociedade vê o louco e a própria loucura.

Como foi então vivenciada por mim a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica? Seu desenvolvimento teórico-prático foi realizado em uma macro-instituição psiquiátrica, localizada em município diverso ao de minha formação acadêmica. Como não tínhamos condições de ir e vir para nossa cidade, todos os dias, permanecemos, eu e meus colegas de turma, na instituição durante aproximadamente trinta dias. “Internamo-nos” em uma enfermaria construída para acolher os clientes psiquiátricos, mas que até aquele momento não havia sido “inaugurada”. Na verdade, fomos nós que a inauguramos. Realizávamos também nossas refeições na instituição. Tivemos ainda o privilégio de sermos presenteadas por “serenata” feita pelos dos clientes que ocupavam outras enfermarias. Foi um período de interação “total”, que me traz boas recordações.

Um semestre após minha graduação, em 1979, fui convidada, junto com outra colega, a atuar como docente na mesma Escola onde nos graduamos, localizada em um município do interior do Estado de Santa Catarina, sendo este o meu primeiro emprego. Fomos as professoras responsáveis pelo desenvolvimento da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica.

Permaneci nessa Escola durante dois anos e atuei principalmente na área de Saúde mental. Como teria que me mudar para Florianópolis, fiz concurso para o Departamento de Enfermagem (NFR) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo aprovada, porém só podendo assumir após oito meses, em decorrência de problemas de saúde.

Meu desejo inicial era atuar na área da Enfermagem Psiquiátrica, mas, como o quadro de professores estava completo, não foi possível. Passei então a assumir a disciplina de Enfermagem Médica, mais relacionada com Ambulatório. Logo em seguida, fui convidada a ocupar a chefia de Serviço de Enfermagem do Ambulatório do Hospital Universitário, permanecendo neste cargo por quase três anos.

Voltei para o NFR em tempo integral, assumindo então a disciplina de Centro Cirúrgico, permanecendo durante oito anos. Entretanto, passei a sentir-me inquieta, insatisfeita, não realizada e com desejo de mudança.

A chance ou oportunidade surgiu com a aposentadoria de um professor da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica. Fui então consultada sobre a disponibilidade de ocupar a sua vaga. Não necessitei de tempo algum para essa confirmação, mesmo ciente das minhas dificuldades e do aprimoramento teórico que seria necessário para assumir, junto com outros colegas, uma disciplina da qual há alguns anos estava afastada.

Era um novo momento em minha vida, tanto profissional como pessoal, abrindo novas perspectivas.

Estava distante, há bastante tempo, dessa área. A minha prática docente estava direcionada, ou melhor, dava ênfase maior às necessidades biológicas dos clientes. Desenvolvia, com os alunos, técnicas para atuarem como instrumentadores e circulantes de sala cirúrgica. Pinças aqui, fios ali, assepsia cirúrgica, técnicas e mais técnicas. Não quero, de forma alguma, dizer que a atenção ao cliente fosse totalmente relegada, mas certamente deixava muito a desejar.

Então surge novamente a Enfermagem Psiquiátrica cruzando o meu caminho.

Uma metodologia com a qual não mais estava habituada, algumas expressões das quais ainda não possuía conhecimento. Um novo desafio, no entanto disposta a enfrentá-lo.

Os instrumentos que direcionam o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica do NFR são a Tese de Livre Docência – “Tangenciando a Teoria de Horta: uma abordagem situada em experiência de enfermagem psiquiátrica” desenvolvida por Paula (1991) e o trabalho – “Releitura da Teoria das Necessidades Humanas Básicas” do mesmo autor (1993). O enfoque central da disciplina é relacionado ao atendimento das necessidades humanas básicas dos clientes psiquiátricos.

A partir do conhecimento e utilização desses instrumentos, no decorrer da prática docente, chega a mim a expressão **NECESSIDADE CONTRÁRIA**, utilizada por Paula (1991), quando menciona que para toda a necessidade está associada uma necessidade contrária; apenas referindo-se a ela, sem, no entanto, produzir avanços em seu estudo.

Deste modo, no decorrer do desenvolvimento do Curso de Mestrado e tendo que optar por um tema que direcionasse a Disciplina de Prática Assistencial, incentivada por Paula e pela pertinência com a área de atuação de minha prática, junto aos alunos e clientes, e ainda por não identificar no universo do conhecimento ao qual tive acesso, a existência de algum estudo que aprofundasse as “necessidades contrárias”, resolvi realizar essa investigação, marcada pelos seguintes objetivos:

1 – prestar assistência de Enfermagem a dois clientes internados com transtornos psiquiátricos, utilizando o Marco Referencial e o Processo de Enfermagem de Paula (1991,1993); e

2 – identificar a manifestação da necessidade contrária.

No transcorrer deste estudo, o indivíduo, ser humano acometido de um transtorno psiquiátrico, é por mim denominado de cliente, pois o percebo como aquele que tem a possibilidade de participar, de interagir, que tem a sua identidade preservada e respeitada. O nome paciente se fará presente quando for referenciado por outros autores.

Partindo, então, desse **Vislumbrando um caminho...**, no qual resgatei vivências marcantes, e ainda por o estar diante de um desafio, que gera curiosidade, atrevimento, e porque não dizer ousadia em avançar sobre um caminho ainda não trilhado, e consciente de que este primeiro estudo não deva parar por aí, necessitando de aprofundamentos e novas descobertas, é que passo para um segundo momento, o **Compreendendo o caminho...**, que trata da história da doença mental no mundo e da história da assistência psiquiátrica no Brasil e em Santa Catarina. Abordo ainda algumas questões sobre a desinstitucionalização e a reforma psiquiátrica; como nasceu e como tem sido vista e sentida a enfermagem psiquiátrica; finalizando com a comunicação e a relação pessoa-pessoa, que são o arcabouço para nossa prática assistencial.

## **Capítulo 2**

---

### **REVISÃO DA LITERATURA**

---

### **COMPREENDENDO O CAMINHO...**

“As loucas acometidas por um acesso de raiva são acorrentadas como cães à porta de suas celas e separadas das guardiãs e das visitantes por um comprido corredor defendido por uma grade de ferro; através dessa grade é que lhes entregam comida e palha, sobre a qual dormem; por meio de ancinhos, retira-se parte das imundícies que as cercam”.

João Frayze-Pereira (1994, p.70)

## **2.1- HISTÓRIA DA DOENÇA MENTAL**

### **2.1.1 – História da doença mental no mundo**

Segundo Corrêa (1996, p.3),

“constata-se que entre nós sempre houve pessoas que foram temidas, admiradas, ridicularizadas, rejeitadas ou torturadas, e que, pela sua condição psíquica, tornaram-se diferentes das demais. Para enfrentar tal situação, o homem sempre precisou de uma ciência que viesse a investigar o universo da mente humana”.

De acordo com Miranda (1994, p.50),

“A história da loucura é a história de uma prática e de um saber concebidos coletivamente, em conexão com os tempos, as culturas e as sociedades dos homens do cotidiano minúsculo de suas relações e representações significativas. Não há sobre ela, à luz de uma arqueologia do saber, a verdade, mas uma sucessão de discursos complementares e contraditórios, que rompem e reconstroem a cada momento do tempo um olhar diferente sobre a loucura, formas de pensamento que têm se desenvolvido ao longo de nossa história”.

Frente a essas colocações, faz-se necessário introduzir uma breve retrospectiva acerca das explicações da origem da doença mental, hoje chamada de transtornos mentais, que reflete as diferentes formas de pensamento que tem se desenvolvido ao longo de nossa história.

As tendências básicas do pensamento psiquiátrico, conforme Alexander & Selesnick (1980), referem-se a tentativas para explicar que as doenças da mente se dão em decorrência de aspectos físicos (método orgânico), psicológicos (método psicológico) ou da própria magia (método mágico).

Segundo Alexander & Selesnick (1980), a história da psiquiatria tem início no momento em que um homem, influenciando outro homem, tenta aliviar o seu sofrimento. Não havendo distinção entre o sofrer físico e o psíquico, qualquer homem que cuidasse de outro homem, era o precursor da psiquiatria. Assim, a história da psiquiatria inicia-se com a história do primeiro curador profissional, que era o médico-feiticeiro.

Surge, desta forma a *Concepção mágico-religiosa da doença*, na qual que os povos primitivos viam as doenças como sendo um acontecimento inexplicável. Na tentativa de apreender esse modo incompreensível, as doenças mentais eram atribuídas a causas externas, por influências malignas, ou ainda em consequência de algo sobrenatural. A doença ocorria em decorrência de espíritos que se apoderavam do corpo do indivíduo, estavam presentes em substâncias estranhas e nocivas, que eram introduzidas pela maldade de feiticeiros ou espíritos. A terapêutica utilizada era exercida por quem podia estabelecer relações com os espíritos, como o feiticeiro, o curandeiro, o xamã, o sacerdote. Se fizermos um resgate para a nossa época atual, observaremos semelhanças, como por exemplo, crenças sobre certas doenças, entre as quais câncer e práticas como macumba, candomblé, entre outras (Louzã Neto et al., 1995).

Na *Psiquiatria antiga e greco-latina*, os registros das doenças mentais surgem com cerca de 200 a.C., em papiros egípcios de Kahun. Relacionavam a histeria (do grego, hystera, matriz, útero) com a convicção de que o útero podia se deslocar pelo interior do corpo.

O modelo grego de doença era o de ruptura do equilíbrio interno. Hipócrates explicava o deslocamento do útero como decorrente da falta de funcionamento sexual. Quando ele perdesse o seu peso, subiria ao hipocôndrio, ao coração ou até ao cérebro, ocasionando palpitação, dispnéia e desmaios. Os tratamentos incluíam desde casamento, para moças e viúvas, até fumigações vaginais com plantas aromáticas para atrair o útero para a sua posição natural. Os gregos também descreviam a melancolia, como uma tristeza ocasionada pela produção de bile negra pelo fígado (Louzã Neto et al., 1995).

Os romanos, como Celso, Sorano de Éfeso e Galeno, tinham idéias semelhantes às de Hipócrates. Para eles, existiam três tipos de enfermidade mental: mania, melancolia e frenite. Galeno acreditava que não ocorria a migração uterina, mas sim a retenção de líquido pela abstinência sexual, provocando, então, a saída de sangue e convulsões. Para ele, a etiologia da histeria era sexual-bioquímica, nem erótica, nem sexual-mecânica, como pensava Hipócrates. Na terapêutica, utilizada pelos romanos, estavam presentes massagens corporais, dieta alimentar e sangrias (Louzã Neto et al., 1995).

Passo, agora, à *Psiquiatria medieval*, considerada para a psiquiatria como a “Idade das Trevas”. Estendeu-se até o início da Idade Moderna. Pouco se sabe sobre o rumo da psiquiatria nessa fase. Acreditava-se que era exercida por magos e feiticeiros. Ocorreu um retrocesso às concepções religiosas. São Tomás de Aquino defendia a origem natural dos transtornos mentais, mas a “demonologia” e a Inquisição impuseram resistências quanto às idéias de que “feiticeiras” e “possuídos” sofriam de uma doença natural. Foi um período de exorcismo, de perseguição aos doentes mentais, condenação à fogueira. Esse tipo de crueldade só finalizou com a criação dos “não menos brutais” hospitais psiquiátricos no início da Idade Moderna (Louzã Neto et al., 1995).

Um novo momento, a *Psiquiatria Francesa e a Primeira Revolução Psiquiátrica*. No século XVII, com a fundação de locais específicos para os cuidados dos doentes mentais, pôde então ser reconhecido o caráter médico das perturbações dos mesmos. Com isso deu-se o início da classificação das doenças mentais. A Primeira Revolução Psiquiátrica ocorreu em virtude da fundação dos hospitais e casas de saúde psiquiátricos e seu reconhecimento. Ao final do século XVIII, Philippe Pinel foi quem recebeu permissão para deixar livres prisioneiros, de dois dos maiores hospitais, alguns vivendo há mais de vinte anos acorrentados. Com isso ele confirmou “a falácia do tratamento desumano às pessoas com doenças mentais” (Taylor, 1992, p.4). A Escola francesa, de Pinel e Esquirol, foi quem dominou o cenário psiquiátrico europeu até o início do século XX. Cabe ressaltar, aqui, que o momento no qual ocorre o reconhecimento do doente mental como paciente de patologia natural, orgânica, com efeitos psíquicos, coincide também com a Revolução Francesa (Louzã Neto et al., 1995).

É importante também ressaltar que no século XVIII foi inaugurado, na América do Norte, o Pennsylvania Hospital, onde os pacientes, mesmo relegados ao porão, tinham camas e quartos aquecidos. Benjamin Rush foi considerado o pai da psiquiatria norte-americana, acreditando que as fases da lua tinham influência no comportamento, criando

assim um método de contenção desumano, o tranqüilizante. No entanto, insistia em um tratamento mais humano aos doentes mentais, permanecendo na história como um importante cooperador entre a velha e a nova era (Taylor, 1992).

Surge, então, a *Psiquiatria Alemã e a Segunda Revolução Psiquiátrica*. Novas idéias começam a ocorrer, no final do século XIX, nos países de língua alemã, suplantando a escola empirista e racionalista da Psiquiatria Francesa. O mentalismo germânico desenvolveu-se em quatro principais correntes:

1 – corrente filosófico-especulativa: Johann Christian Reil criou o termo Psiquiatria, reconheceu a importância de técnicas psicoterápicas utilizando variados métodos psicológicos em seus pacientes;

2 – corrente ético-religiosa: Johann Christian Heinroth utilizou em seus trabalhos a terminologia religiosa. A doença, para ele, é, “por natureza a perda da liberdade, o resultado do pecado e da culpa” (Louzã Neto et al., 1995, p.14);

3 – corrente moralizante: Wilhelm Ideler reconhece a doença mental como uma “hipertrofia das paixões” (Louzã Neto et al., 1995, p.14);

4 – corrente romântica: representada por C.G.Carus, G.H.von Schubert, Kerner, Kieser e Leupoldt, está baseada no princípio de que a intuição é superior à experiência, “incorporava a filosofia da natureza de Schelling, sua idéia sobre ‘alma do mundo’ e seus princípios de polaridade derivados de Cullen e Brown” (Louzã Neto et al., 1995, p.14). Constituiu o clímax do mentalismo.

Os psiquiatras germânicos enfatizavam as particularidades individuais em conflito com as pulsões irracionais, procurando um equilíbrio.

Ernst von Feuchtersleben foi quem criou o termo psicose, que, para ele, designava transtorno mental, sem intenção classificatória.

A psiquiatria alemã do século XIX foi melhor personificada por Wilhelm Griesinger, quando colocava que o suporte das doenças mentais deveria ser procurado num transtorno orgânico ao nível do sistema nervoso, mesmo que a sua existência não fosse sempre possível de provar.

O primeiro psiquiatra alemão que tentou sistematizar as formas de doenças mentais de maneira puramente clínica foi Karl Ludwig Kahlbaum.

No final do século XIX, a psiquiatria germânica adquiria uma posição dominante. Muitos psiquiatras se fizeram presentes neste período, estabelecendo estudos relacionados à doença mental, mas Emil Kraepelin foi um dos grandes responsáveis pelo desenvolvimento da Psiquiatria na Alemanha, gerando uma nosologia baseada no curso natural da doença.

Karl Jaspers inaugurou a corrente psicopatológica – a Fenomenologia, que enfatizava a postura do examinador em penetrar nas vivências e nos rendimentos do paciente. Da mesma forma, a filosofia do ser, de Heidegger, favoreceu uma visão existencialista do indivíduo em seu modo de inserção e de abertura para o mundo.

O termo esquizofrenia foi cunhado por Eugen Bleuler, para um grupo de doenças com uma sintomatologia comum. Kurt Schneider descreveu os sintomas de primeira ordem da esquizofrenia, que caracterizariam a doença, porém não patognomônicos.

A melhor integração entre dados biológicos e psicológicos na abordagem das doenças mentais deve-se a Ernst Kretschmer.

Um dos resultados negativos do sistema hospitalar público foi a “síndrome de institucionalização”, pois, em virtude da distância de sua localização, os pacientes não permaneciam em contato com seus familiares. Assim, adaptavam-se ao meio e às funções que exerceriam dentro dos hospitais, continuando dessa forma por toda a sua vida (Taylor, 1992). Essa situação pode ser transportada aos nossos dias atuais, quase século XXI, quando encontramos pacientes assumindo os mesmos personagens de dois séculos passados.

Fato importante também ocorre quando da publicação, em 1845, do primeiro manual autêntico sobre os transtornos psiquiátricos, que discute a saúde mental em paralelo com outras doenças (Taylor, 1992).

É também a partir da metade do século XIX que substâncias com ação no sistema nervoso central passaram a ser sintetizadas, como hidrato de cloral, paraldeído e sulfona, e no final do século XIX iniciam-se estudos mais científicos, com barbitúricos, que começam a ser utilizados nessa época (Louzã Neto et al., 1995).

Surge *Freud e com ele a descoberta do inconsciente*. Freud passa a desenvolver sua teoria do inconsciente, a partir de 1890. Tinha idéia da importância de um método científico, que permitisse extrair leis naturais universais, para a compreensão do psiquismo e, também, a ligação com os processos físicos fisiológicos. Utiliza a hipnose, a

transferência, formula a teoria da libido. Dirige sua atenção ao dinamismo entre a personalidade e o meio ambiente (Louzã Neto et al., 1995).

Freud, com suas contribuições, revolucionou conceitos ortodoxos sobre a mente. Propunha novas técnicas de exploração da mesma e chamava atenção para o comportamento humano.

No início do século XX é desenvolvida a insulino-terapia, seguida da malarioterapia e da eletroconvulsoterapia. Surge ainda a utilização do lítio com efeito antimaníaco, a clorpromazina, com ação antipsicótica e sedativa, o haloperidol e a imipramina, agindo como antidepressivos. Surge também o primeiro benzodiazepínico, o clordiazepóxido, seguido pelo diazepam. Hoje temos uma gama de medicamentos utilizada nos transtornos mentais (Louzã Neto et al., 1995).

Em decorrência da Segunda Guerra Mundial, muitos soldados tornaram-se incapacitados pela doença mental, e Jones (1972), junto com outros médicos, nesse período, começaram a tratá-los em grupo. Ao final da guerra, conclui, ele, que as pessoas que tinham uma convivência no hospital, eram beneficiadas com estes encontros. Cria então o conceito de Comunidade terapêutica e publica o livro “A Comunidade Terapêutica” (1972). Com o advento dessa sua proposta, houve no início dos anos 50, o desenvolvimento de novos métodos para o tratamento das pessoas acometidas por essa doença, sendo a comunidade terapêutica e o hospital aberto os mais importantes.

Em 1966 inicia-se a desinstitucionalização das pessoas mentalmente enfermas, com a construção de centros comunitários de saúde mental nos Estados Unidos (Taylor, 1992).

Outras discussões, *Sociopsiquiatria – Antipsiquiatria*. Pesquisas sobre a organização da personalidade no contexto social iniciam-se no fim do século XIX, com a escola sociológica americana. Dentre elas, encontram-se: H. Sullivan, que acredita que as doenças de traumatismos psíquicos resultariam de contingências exteriores durante o desenvolvimento; K. Horney, que contestou as opiniões de Freud no que se refere à inferioridade das mulheres e seu masoquismo, salientando que esse papel era decorrente da sociedade industrializada, sendo-lhes restrito dar ou receber amor; E. Fromm diz que da sociedade é que brotariam os conflitos e que ela é quem modelaria as pessoas à sua imagem, através do fenômeno da ocultação.

A abordagem sistêmica relativizou o fenômeno patológico, no que se refere a um conjunto de comunicações patológicas, sendo as mensagens contraditórias as causas do desenvolvimento dos transtornos psiquiátricos.

Nesse panorama cultural é desenvolvida uma psicologia social experimental, não tendo relação direta com as concepções psicopatológicas. E aqui aparece J. L. Moreno, que concebe o psicodrama, com base nas noções de papel, que o mesmo representa, espontaneidade e catarse.

A antipsiquiatria, que começa a surgir por volta da década de 60, movimento encabeçado por R. D. Laing, D. Cooper, A. Esterson, Thomas Szasz, vê a loucura como uma forma de libertação, sendo adotada para suportar uma situação insuportável. Questiona as estruturas hospitalares psiquiátricas.

Basaglia faz questionamentos radicais quanto às instituições psiquiátricas na Itália. Aqui o transtorno mental é visto apenas sob o ponto de vista social, prevalecendo sobre o indivíduo e a psicopatologia (Louzã Neto et al.). E, em 1961, inicia-se, na Itália, o processo de desinstitucionalização da assistência ao doente mental. Serão tecidos, mais adiante, comentários sobre esse processo e a reforma psiquiátrica.

De acordo com Mannoni (1981, p.178) a antipsiquiatria procura defender o louco da sociedade, criando locais para a loucura, que servem como refúgio contra uma sociedade opressiva, e da mesma forma desafia estruturas médico-administrativas que não conhecem a verdade e o poder de contestação do discurso que a envolve. A antipsiquiatria contesta a obrigação dos cuidados, ou seja, “a norma da adaptação que pesa em nossos dias sobre os doentes mentais, arrisca-se com efeito a aprisioná-los numa outra forma de sistema repressivo, talvez mais arbitrário ainda do que uma decisão de justiça, da qual pode-se sempre apelar” .

Conforme Duarte Júnior (1987, p. 74), a antipsiquiatria é uma proposta de atuação junto ao psicótico e não sobre ele, sendo o anti-psiquiatra “uma espécie de co-piloto na viagem psicótica”, evitando apenas que provoque ferimentos a si mesmo ou em outras pessoas. Reforça ainda que a base da atuação da antipsiquiatria está no amor e no reconhecimento e não nas complicadas teorias científicas.

Adentra-se., agora, agora na *Psiquiatria Atual*. A década de 90 tem sido considerada a “década do cérebro”, a chamada psiquiatria biológica. O transtorno mental é referenciado como o efeito de um processo orgânico, sua origem é endógena, isto é, no interior do

organismo é que se encontrará a causa de seu estado doentio. Vê-se hoje um movimento de consolidação do conhecimento psiquiátrico, a partir do estudo das alterações biológicas nesses transtornos.

Com as novas descobertas dos cientistas em várias partes do mundo, acreditando que o aprofundamento dos estudos do sistema nervoso leve à compreensão da fisiologia e etiologia dos transtornos mentais, considera-se ser possível um melhor diagnóstico, favorecendo assim o seu tratamento. Não se esquecendo, no entanto, do doente, tomando em conta seus aspectos psicológicos e sociais (Louzã Neto et al., 1995). Também as Neurociências têm contribuído nos aspectos dos estudos bioquímicos e de genética molecular, que esperam conhecer a química da loucura.

A revolução psicofarmacológica, no tratamento dos transtornos mentais, é real; abre “as portas dos manicômios através do controle dos psicóticos e da ação ressocializante de algumas drogas” (Sanvito, 1991, p.192). Contudo, este autor ainda ressalta que muitos questionamentos têm surgido, argumentando que “estes psicofármacos são uma espécie de camisa-de-força, tamponando e achatando a vida emocional do indivíduo sem promover a sua efetiva reintegração psicossocial”.

Na verdade, essa psiquiatria biológica, organicista, que tem como objeto o corpo do doente mental, já existia com Kraepelin, no final do século XIX, mas, como diz Rocha, (1994, p.17) com uma diferença, “que o conhecimento, antes surgido no hospital ou na universidade, agora é produzido nos laboratórios farmacêuticos”.

Pertinente se faz a crítica ou justificativa de que “a aplicação do psicofármaco reduz a agitação e a agressividade do paciente, o que convém ao pessoal de enfermagem sempre numericamente insuficiente dentro dos hospitais psiquiátricos”, que é salientado por Fraga (1993, p.151), levando a refletir se aqui não está bem caracterizado o individualismo, rechaçando, de alguma forma, os aspectos psicológicos e sociais.

Barreto (1977, p.11) reforça esse aspecto quando aborda a questão ética quanto ao uso abusivo de psicofármacos, no qual o hedonismo aqui se apresenta “pela rejeição das emoções e sentimentos desagradáveis, e pela procura dos meios de obtenção de tranquilidade ou mesmo de euforia”.

Percebo que essa ânsia pelos conhecimentos, essa busca de uma melhor compreensão e desvendamento dos transtornos mentais ainda continuará se fazendo presente.

“...Cunha Borba, entusiasta admirador de Juliano Moreira e Adauto Botelho, dividiu a história da assistência psiquiátrica em três fases: a primeira, *empírica*, desde a descoberta do Brasil até o brado de Jobim em prol dos alienados, em 1830; a segunda, *histórica*, daí até a reforma Juliano Moreira com auspiciosas realizações e vai até 1903; a terceira, *científica*, que se prolonga de Juliano até aqueles dias, quando Adauto Botelho realizava seu trabalho”.

I.C. Lopes apud José Machado Corrêa (1996, p.83-84)

### 2.1.2 – História da assistência psiquiátrica no Brasil

Segundo Corrêa (1980), o início da assistência psiquiátrica no Brasil deve-se ao surgimento das internações dos doentes mentais. Em 1830, médicos do Rio de Janeiro reivindicavam a construção de asilo, defendendo tratamento moral e sendo contrários a manipulação da loucura nos porões da Santa Casa de Misericórdia, nas cadeias e no abandono da rua (Serrano, 1982).

Face às pressões sobre o Estado para a construção de um hospital exclusivo aos loucos, surge, através do Decreto nº 82 de 18 de julho de 1841, do Imperador D. Pedro II, a fundação de um hospital para o tratamento de alienados. Teve sua inauguração em 05 de dezembro de 1852, passando a chamar-se Hospício D. Pedro II, localizado no Rio de Janeiro, e é considerado por muitos como o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira. Esse fato abriu espaço em muitas cidades brasileiras, principalmente às que reclamavam da presença de loucos nas ruas, para a construção de outros hospícios (Santos, 1994; Corrêa, 1996).

Em Minas Gerais, no final do século XVIII, foi fundada a Casa da Caridade de São João Del Rey, estando entre os hospitais mais antigos do Brasil, e em 1817 passa a chamar-se Santa Casa de Misericórdia. Fato importante foi a criação de uma enfermaria para doentes mentais, sendo a primeira unidade psiquiátrica em hospital geral conhecida (Corrêa, 1996).

Em 1881 foi criada a primeira disciplina clínica psiquiátrica na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; os médicos firmam seus direitos sobre o hospício e começam a lecionar doenças nervosas e mentais. Os precursores da psiquiatria científica no Brasil foram

Teixeira Brandão, Nina Rodrigues, Juliano Moreira, Franco da Rocha, Ulysses Pernambuco e Aauto Botelho, sendo Teixeira Brandão o primeiro professor de Psiquiatria do Brasil (Serrano, 1982; Santos, 1994; Corrêa, 1996).

As primeiras hospitalizações de doentes mentais em hospitais gerais, que eram as Santas Casas, passaram a ser substituídas por internações em hospícios que surgiram na segunda metade do século XIX, marcando, assim, o nascimento da psiquiatria no Brasil. Esses hospícios foram construídos em locais afastados dos centros urbanos (Medeiros, 1977).

De acordo com Teixeira (1993), o hospício surgiu com a finalidade de atender duas funções complementares, que seriam: proteger o louco dentro de um espaço que lhe seria próprio e que assumiria aos poucos as especificidades da tecnologia manicomial e, da mesma forma, proteger a sociedade desses loucos que ameaçavam a segurança pública.

Os novos hospícios são construídos em lugares afastados dos centros que possuíam maior concentração populacional, e surgem principalmente nos mesmos lugares onde já se observava uma tendência a retirar os “loucos” das ruas.

Abaixo apresenta-se o quadro , elaborado por Medeiros (1977), do surgimento dos hospícios nas principais cidades brasileiras.

**Quadro 1 - Cronologia da Criação dos Hospícios nas Principais Cidades Brasileiras.**

	CIDADE	INSTITUIÇÃO
1852	Rio de Janeiro	Hospício de Pedro II
	São Paulo	Hospício Provisório de Alienados
1860	Rio de Janeiro	Casa de Saúde Dr. Eiras
1864	São Paulo	Hospício de alienados (Ladeira da Tabatinguera)
	Olinda – Recife	Hospício da Visitação de Santa Isabel
1873	Belém	Hospício de Alien. (Vizinho Hosp. Dos Lázaros)
1883	Recife	Hospício de Alienados (Tamarineira)
1874	Salvador	Asilo de S. João de Deus
1884	Porto Alegre	Hospício São Pedro
1890	Rio de Janeiro	Colônia S. Bento e Conde Mesquita (Ilha Gov.)
1892	Belém	Hospício de Alienados
1894	Manaus	Hospício Eduardo Ribeiro
1895	Sorocaba - SP	Hospício de Alienados
1898	São Paulo	Hospício do Juqueri
1903	Barbacena - MG	Hospital Colônia

1904	Barra do Pirai - RJ	Colônia de Alienados de Vargem Alegre
1905 ?	Terezina	Hospital Psiquiátrico Areolino Abreu
	Cuiabá	Asilo de Alienados
	São Luiz	Hospital Colônia Nina Rodrigues
1911	Rio de Janeiro	Colônia do Engenho de Dentro (para mulheres)
	Natal	Hospício de Alien. (no antigo Lazareto da Piedade)
1921	Rio de Janeiro	Sanatório Botafogo
	Rio de Janeiro	Manicômio Judiciário
1922	Belo Horizonte	Instituto Neuro-Psiquiátrico
1923	Rio de Janeiro	Colônia Jacarepaguá (para homens)
1927	Oliveira - MG	Hospital Colônia
1928	Paraíba	Hospital Col. Juliano Moreira / San. Clifford Beers
1929	Barbacena - MG	Manicômio Judiciário
1931	Barreiros - Pe	Hospital Colônia (para homens)
1933	São Paulo	Manicômio Judiciário
1936	São Paulo	Hospital de Psicopatas de Penha e Perdizes
	Recife	Sanatório Recife
1938	Rio de Janeiro	Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil
1940	Aracaju	Hospital Colônia Eronildes de Carvalho
1942	Florianópolis <sup>1</sup>	Hospital Colônia Santa Ana
1943	Salvador	Sanatório Bahia
	Rio de Janeiro	Centro Psiquiátrico Nacion. (Engenho de Dentro)
1944	Vitória	Hospício de Alienados (Ilha da Pólvora)
	Ribeirão Preto - SP	Hospital Psiquiátrico Santa Tereza
1950	Maceió	Hospital Colônia Portugal Ramalho
	Goiânia	Hospício de alienados
	Aracaju	Hospital Colônia Adauto Botelho
1954	Vitória	Hospital Colônia Adauto Botelho (Cariacica)

Fonte: Medeiros (1977)

Em 1923 foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, que “defendia a melhora da saúde mental do louco através de medidas de higiene mental no interior das instituições psiquiátricas” (Santos, 1994, p.38). Surgiu em 1941 o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), que passou a gerir a política de doença mental, implantando os hospícios-colônias em várias capitais. Com a lei 1.920 de 25.07.1953, é criado o Ministério da Saúde, que absorve o SNDM.

<sup>1</sup> Houve um erro na cidade citada pelo autor, chama-se São José.

Foi também na década de 50 que as drogas antipsicóticas começaram a ser utilizadas e foram responsáveis, de alguma forma, por modificações no ambiente dos hospitais psiquiátricos.

A partir da década de 70, os hospitais e a assistência passaram a sofrer processos de transformações, situação essa que será analisada no estado de Santa Catarina.

“Em Santa Catarina, ..., surge, em meados deste século, o Hospital Colônia Santana, cuja trajetória confunde-se com a própria história da psiquiatria no Estado”.

Mário Teixeira (1993, p.30)

### 2.1.3 – História da assistência psiquiátrica em Santa Catarina

A história da assistência psiquiátrica em Santa Catarina teve seu início em 11 de janeiro de 1909, quando foi concedida, pelo Bispo Diocesano Dom João Becker, ao Padre Lux, cura do Santuário, a permissão para a construção de um hospital de alienados em Azambuja, no município de Brusque. Este tinha como objetivo prestar assistência a pacientes que viviam acorrentados em porões, isolados nas comunidades, confinados em quartos ou casebres ou ainda jogados pelas ruas, sem a possibilidade de serem internados em instituições psiquiátricas mais próximas, na época, como o Hospital São Pedro, em Porto Alegre; e o Hospital Franco da Rocha, em São Paulo.

O Hospital atendeu de 1910 até 1942, sendo os cuidados prestados pelas Irmãs da Divina Providência. Os tratamentos eram baseados em cardiazol, malarioterapia, morfina, banho de água fria e eletrochoque (Corrêa, 1996).

A assistência psiquiátrica oficial em Santa Catarina teve, na verdade, o seu início quando foi lançada a pedra fundamental do Hospital Colônia Santana, na localidade de Salto do Maroim, município de São José, distante 22 Km de Florianópolis e localizado em zona rural, pois esta era, como já vimos, a proposta psiquiátrica da época. Foi inaugurado em 10 de novembro de 1941, mas seu atendimento efetivo começou em 1942, quando foram transferidos os internos do Hospital de Azambuja, junto com as religiosas, além de outros vindos do Hospício de Joinville (Santos, 1994; Teixeira, 1993).

No início da década de 40, só havia um ambulatório de “doença mental”, que era a Unidade Sanitária do Departamento Autônomo de Saúde Pública, em Florianópolis, cujo atendimento chegava a 165 pacientes por mês (Santos, 1994).

Na década de 60 foi implantado o Manicômio Judiciário em Florianópolis (que existe até hoje) e mais três novos hospitais psiquiátricos de iniciativa privada: Casa de Saúde Rio Maina Ltda, em Criciúma, com 90 leitos, ainda presente e com 178 leitos, o Instituto São

José Ltda, na cidade de São José, com 173 leitos, ainda presente e com 177 leitos e a Clínica Nossa Senhora da Saúde, em Joinville, com 80 leitos (extinto).

A partir dos anos 70 iniciou-se uma nova política de atuação psiquiátrica no Estado, período em que foi criada a Seção de Saúde Mental do Departamento de Saúde Pública.

Em 1973 existiam 32 ambulatórios que prestavam algum serviço psiquiátrico.

As internações continuaram a subir em 1975, sendo Santa Catarina um dos estados com a mais alta taxa de internações/consulta no Brasil. O “louco” era considerado fonte de lucro pela iniciativa privada.

Aos poucos foram abolidas técnicas agressivas de terapia e intensificada a terapia com neurolépticos, que não deixam de ser “camisas-de-força químicas”, e os trabalhos terapêuticos alternativos.

Na década de 80, o estado incluía, nos seus planos de ação, a obtenção de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e a implantação e/ou reativação de ambulatórios desativados. Chegou a 45 ambulatórios em Santa Catarina. Em 1987 o seu número em funcionamento era de 35.

Para Santos (1994), até 1987 a política de saúde mental catarinense e a prática psiquiátrica caracterizavam-se pela pretensão da cura, obtenção de lucro, segregação e exclusão social, acompanhada da perda da cidadania do cliente com transtorno mental.

O Hospital Colônia Santana, hoje Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, passou da setorização de pacientes para a departamentalização, dividindo o hospital em unidades com objetivos definidos. Encontra-se, no momento, com aproximadamente 600 pacientes internados.

Segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde/Serviço de Saúde Mental, em 1997 Santa Catarina possuía 03 hospitais psiquiátricos e 40 serviços extra-hospitalares, em regime ambulatorial, sendo alguns já em regime de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), isto é, adequados e cadastrados em consonância com as normas que o Ministério preconizou na década de 90. Neste mesmo ano haviam 265 leitos públicos disponíveis para a psiquiatria em hospitais gerais, isto é, 37 hospitais em condições de cadastramento e, destes, 16 com uma ala psiquiátrica, compreendendo de 03 a 34 leitos.

Em Florianópolis, o Hospital de Caridade é um deles, com uma ala em condições aprovadas de credenciamento (Santa Catarina).

O serviço de Saúde mental comunitário mais antigo de Santa Catarina localiza-se nos municípios de Tubarão e Capivari de Baixo (Serrano, 1998).

Temos o CAPS no município de Florianópolis, que é um ambulatório especializado em saúde mental, pertencente a rede pública estadual e responsável pela assistência secundária prestada a pessoas que apresentam transtornos psíquicos e a pessoas a ela vinculadas. É referência para 21 municípios da Grande Florianópolis. Foi criado em novembro de 1989, como o primeiro recurso não manicomial da rede pública do estado. Desenvolve os seguintes programas: Programa de dependência do álcool e outras drogas, Programa de pacientes psicóticos, Programa de pacientes ansiosos (Zardo Neto et al., 1996).

Surge em 1994, com a criação do município de Cocal do Sul, o serviço de Saúde Mental, que em 1995 foi cadastrado no Ministério da Saúde como CAPS. Em 1997, com a mudança da administração do município, algumas alterações ocorreram, desde tentativa de exclusão desse serviço até demissões. No entanto, através da reivindicação de pacientes e de seus familiares junto a vereadores, o CAPS é mantido, observando o que foi recomendado pela Etapa Municipal da X Conferência Nacional de Saúde, ou seja, a manutenção do Centro de Atenção Psicossocial em cada nova administração municipal. (Serrano, 1998)<sup>2</sup>.

Existe também, no município de Florianópolis, o NAPS, que surgiu a partir de discussão ocorrida em uma Conferência Municipal de Saúde, no final de 1995, mas suas atividades só se iniciaram no início de 1996. Pertence ao programa de Saúde Mental da Prefeitura de Florianópolis. Ele prioriza um trabalho a nível de prevenção, onde o hospital não aparece como o único recurso de atenção nessa área, como preconiza a atual Política do Ministério da Saúde e o Relatório da I Conferência Municipal de Saúde. Tem por objetivo prestar assistência psicológica e social a nível intermediário entre o atendimento ambulatorial e hospitalar a crianças, adolescentes e adultos com sofrimento psíquico.

---

<sup>2</sup> O estudo de Alan Índio Serrano (Onze estações e um devoto de São Jorge: Discursos psicológicos num Serviço de Saúde Mental, 1998), traz uma rica e atual contribuição na área da Saúde Mental, especificamente em um Centro de Atenção Psicossocial, em que analisa, através das falas de administradores, equipe, cliente e família, as representações que emergiam. Tece considerações sobre a reforma psiquiátrica e indica “interpretações e experiências..., nos quais o técnico em Saúde Mental,.... possa melhorar sua relação com os pacientes e seus familiares” (p.vii).

Esses serviços surgiram em decorrência de movimentos e lutas visando a desinstitucionalização que

“busca preservar a subjetividade do paciente, sua história de vida, suas relações interpessoais instituindo modalidades de tratamentos em serviços abertos, flexíveis e criativos que atendam individualmente às necessidades do paciente e o mantenha inserido no seu meio social, tendo como princípio organizativo uma área geográfica delimitada denominada território” (Moreno, 1995, p.39).

“... para estabelecer uma relação com um indivíduo, é necessário considerá-lo independentemente daquilo que pode ser o rótulo que o define. (...) É por essa razão que se torna necessário focar esse doente de um modo que coloque entre parênteses a sua doença: a definição da síndrome já assumiu o peso de um juízo de valor, de um rótulo, que vai além do significado real da própria enfermidade. (...) O importante é tomar consciência daquilo que tal indivíduo representa para mim, de qual é a realidade social em que vive, qual o seu relacionamento com essa realidade”.

Franco Basaglia (1985, p.28)

#### 2.1.4 – A desinstitucionalização do doente mental e a reforma psiquiátrica

Gostaria de iniciar com algumas indagações e colocações de Pelbart (1990). Suas indagações são extremamente pertinentes dentro do contexto que estamos vivenciando,

“... o que significa de fato, no plano da cultura, essa utopia asséptica de uma sociedade em que os loucos não mais estariam confinados nos asilos, nem discriminados nas famílias, nem segregados no trabalho? Quando derrubarmos definitivamente os muros do manicômio e acolhermos entre nós seus antigos inquilinos, quando passarmos a considerá-los serenamente como nossos vizinhos, em suma, quando os loucos passarem a fazer parte integrante de nossa paisagem cultural e antropológica a mais cotidiana – aí, nesse futuro longínquo mas a cada dia mais próximo, o que acontecerá efetivamente com os loucos, e com a loucura?” (p.132).

Ele entende louco como alguém discriminado, excluído e recluso, e, por loucura, denominada de desrazão, a ameaça, a estranheza, tudo o que se enxerga “como o seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além” (p.133).

Ressalta ainda que não basta acabar com os manicômios, receber os loucos, nem mesmo compreendendo seus determinantes psicossociais, achando que a loucura seja somente distúrbio e sintoma social, se, ao retirarmos os loucos dos manicômios, mantivermos um outro manicômio mental, no qual confinamos a desrazão.

Reforça também que o manicômio deva ter um fim, mas da mesma forma que o manicômio mental, dando o direito à desrazão que

“significa poder pensar loucamente, significa levar o delírio à praça pública, significa fazer do Acaso um campo de invenção efetiva, significa liberar a subjetividade das amarras da verdade, chame-se ela identidade ou estrutura, significa devolver um direito de cidadania pública ao invisível, ao indizível e até mesmo, por que não, ao impensável” (p. 137).

Termina suas colocações dizendo que

se o fim dos manicômios é também uma forma dissimulada de borrar a Diferença que antes os loucos portavam, e se humanização e homogeneização caminham juntas no combate aos riscos disruptivos da loucura, deixemos ao menos que a desrazão – até recentemente ‘ privilégio’ quase exclusivo dos loucos – vingue em nós” (p.137- 138).

Pitta (1984) faz lembrar a crença de que o hospital psiquiátrico, durante muito tempo, foi o local apropriado e necessário para o cuidado das pessoas “loucas”, e que muito se fez para a construção desses manicômios, mas que fomos percebendo como eles foram se transformando em espaços de inércia e agressão aos direitos do ser humano.

A desinstitucionalização é conceituada por Rotelli apud Sadigurski (1997, p. 25) como

“um processo social complexo, com envolvimento de todos: políticos, médicos e o povo, e que visa modificar as formas de organização psiquiátricas existentes, produzindo estruturas de saúde mental que substituam inteiramente a internação psiquiátrica do tipo manicomial, através da construção de uma nova política de saúde mental. Esse processo dar-se-ia através da construção de uma nova política de saúde mental. Esse processo dar-se-ia através de um trabalho terapêutico enriquecedor da assistência global, complexa e concreta dos pacientes; construindo-se estruturas externas diferentes dos manicômios, como: centros de saúde mental, plantão psiquiátrico em hospitais gerais, estruturas e espaços extra-hospitalares e parques municipais”.

A desinstitucionalização procura preservar a subjetividade do cliente, sua história de vida, suas relações interpessoais, estabelecendo formas de tratamento em serviços abertos, criativos e maleáveis que atendam individualmente às suas necessidades e que o sustente no seu meio social (Moreno, 1995).

A partir de discussões quanto às funções que a instituição psiquiátrica exercia, surgiu, em 1946, o movimento denominado Comunidade Terapêutica na Inglaterra, e em 1959, com a publicação oficial da Lei de Saúde Mental, o enfoque, que era hospitalocêntrico, fez com que os serviços se descentralizassem e a responsabilidade de assumir os clientes foi

atribuída ao nível local, isto é, para os serviços da comunidade, dando ênfase na abordagem multiprofissional (Moreno, 1995).

Reporto-me também ao pensamento de Cooper (1967, p.134), quando aborda tão claramente que podemos dar um passo à frente. “E um passo à frente significa, em definitivo, um passo para fora do hospital de doenças mentais e para dentro da comunidade”.

O processo de desinstitucionalização na França se fez presente em dois momentos. O primeiro durante a 2<sup>a</sup> Guerra Mundial, com a psicoterapia institucional, e o segundo, nos anos 60, que se caracterizava por uma psiquiatria de setor, na qual que o paciente seria tratado em um setor fixo da cidade, sendo os serviços ali estruturados.

Já nos Estados Unidos, os princípios da psiquiatria preventiva é que direcionavam o processo de desinstitucionalização. Procurava, através da prevenção, impedir que as pessoas apresentassem problemas mentais. O hospital psiquiátrico foi mantido, mas os serviços de saúde mental foram criados na comunidade (Moreno, 1995).

Na Itália, o processo de desinstitucionalização da assistência ao doente mental teve início em 1961, com Franco Basaglia, que provocou mudanças no Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia e introduziu um projeto de Comunidade Terapêutica (Rotelli, Amarante, 1992).

De 1973 a 1978, concentrou-se na elaboração de estratégias com o objetivo de fundar uma proposta de desinstitucionalização centrada principalmente na organização de cooperativas, oficinas terapêuticas, centros de saúde mental e associações de usuários e familiares dos serviços de saúde.

As bases sociais que viabilizaram a reforma psiquiátrica italiana foram estabelecidas pela Psiquiatria democrática, com a criação da Lei nº 180, de 13 de maio de 1978, conhecida como Lei Basaglia, que culminou com a desinstitucionalização (Moreno, 1995).

Essa lei veio a substituir a legislação de 1904 e “proíbe a recuperação dos velhos manicômios e a construção de novos, reorganiza os recursos para a rede de cuidados psiquiátricos, restitui a cidadania e os direitos sociais aos doentes, garante o direito ao tratamento psiquiátrico qualificado” (Rotelli, Amarante, 1992, p.46).

Surge também, em 1975, em Bruxelas, a Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, que objetiva congregar os profissionais de saúde mental, procurando esclarecer

que a loucura sintetiza incoerências sociais e também investigando formas de suprimir a reclusão psiquiátrica (Moreno, 1995).

Em novembro de 1990 foi realizada a Conferência Regional para debater a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no contexto dos Sistemas Locais de Saúde, tendo sido convocada pelas Organizações Pan-Americana e Mundial da Saúde (OPAS/OMS). No documento final elaborado - "*Declaração de Caracas*" – os países participantes concluem que "o hospital psiquiátrico é prejudicial porque isola o doente de seu meio, gera maior incapacidade social, cria condições desfavoráveis à recuperação, põe em perigo os direitos humanos e civis do paciente, além de consumir grande parte dos recursos financeiros" (Sadigursky, 1997, p.29), além de colocarem recomendações para a reestruturação da assistência psiquiátrica.

Realiza-se também a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em dezembro de 1991, que adotou os "*Princípios para a proteção da pessoa com enfermidade mental e os relativos à assistência a saúde mental*", ficando então garantidos os direitos básicos do doente mental como: "assistência à saúde, direito de voto e de administração de seus bens, comunicação com outras pessoas dentro e fora da instituição, liberdade de religião ou crença e o direito à privacidade" (Moreno, 1995, p.82).

Conforme Serrano (1998, p. xix), a reforma psiquiátrica "é o processo político assistencial, em nível mundial e em diferentes formas, derivado da queda do paradigma asilar, que deixa de ser hegemônico, no tratamento psiquiátrico, em discussão desde a década de 60", e que no Brasil reúne a reformulação da assistência, mudanças na cultura e mudanças normativas e jurídicas.

De acordo com Bezerra Júnior & Amarante (1992), o movimento da reforma psiquiátrica, no país, tem se ampliado. Experiências têm sido realizadas, desde a década de 70, com o objetivo de romper com a tradição manicomial. No entanto, o processo de desinstitucionalização mesmo teve início nos anos 80 com o desenvolvimento de uma política em favor da saúde mental, e tendo como marco de referência a desinstitucionalização italiana. Ele se firma a partir do Sistema Único de Saúde, e é referendado com a realização de duas Conferências de Saúde Mental, a primeira no Rio de Janeiro, em 1987, e a outra em Brasília, em 1992.

Em decorrência de todo o movimento político que discutia o modelo no qual estava inserida a saúde mental, surge no plano jurídico o Projeto de Lei da Câmara nº 8 de 1991,

nº 3.657 de 1989, na casa de origem de autoria do Deputado Paulo Delgado, como substitutivo ao Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934, que *Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação compulsória* (Brasil). Essa lei vem “respaldar a desinstitucionalização, como uma estratégia alternativa ao modelo de saúde mental vigente” (Sadigursky, 1997). Ele foi aprovado na Câmara dos Deputados por acordo de lideranças, e em 23 de novembro de 1995 foi rejeitado na Sessão do Senado, que aprovou o Projeto Substitutivo de Lucídio Portela e Sebastião Rocha que *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de distúrbios mentais e estrutura e aperfeiçoa a assistência psiquiátrica e seus serviços, desativa as instituições de modelo asilar não terapêuticos, regulamenta a hospitalização voluntária, involuntária e compulsória e dá outras providências*.

Surge, em 1997, o Projeto de Lei sobre Saúde Mental que *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental*, preparado pelos órgãos técnicos do Ministério da Saúde, visando substituir o Projeto de Lei nº 3.657/89 e os Substitutivos de Lucídio Portela e Sebastião Rocha. Este Projeto teve parecer da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (MS), em 27 de outubro de 1997, sem manifestação favorável, sugerindo reabertura de discussões no MS. Foi remetido em 30 de outubro de 1997 ao secretário de Projetos especiais de Saúde para analisar o parecer e, em 03 de novembro de 1997, foi encaminhado por este secretário à Comissão técnica de saúde mental para análise e manifestação. Após análise foi encaminhado, em 17 de novembro de 1997, à Consultoria Jurídica a solicitação de reunião entre a Secretaria de Projetos Especiais de Saúde (SPES) e este, afim de um aprimoramento da proposta. A Consultoria Jurídica fez um Despacho, em 21 de novembro de 1997, mantendo a convicção de que não há necessidade de lei sobre o assunto, mas sim a elaboração de um programa de governo, e remeteu novamente à SPES (Brasil).

Muitos encontros, congressos, conferências e movimentos referentes à saúde mental no Brasil têm se realizado nestes últimos anos. Em virtude desses movimentos, no Rio Grande do Sul foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica em julho de 1992, que também dispõe sobre a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental, sendo também aprovadas outras leis no Ceará, Distrito Federal, Pernambuco, São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Norte e Paraná. Encontram-se ainda

em tramitação Leis da Reforma Psiquiátrica nos estados do Rio de Janeiro, Santa Catarina, entre outros (Moreno, 1995).

Em Santa Catarina temos o Projeto de Lei nº 148 de 1993 dos Deputados Idelvino Furlanetto e Volnei Morastoni, que *Dispõe sobre a reforma psiquiátrica, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico e dá outras providências*; e o Substitutivo Global ao Projeto de Lei da Assembléia Legislativa nº 340 de 1995 do Deputado João H. Blasi, que *Dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais, estrutura e aperfeiçoa a assistência psiquiátrica e seus serviços e regulamenta a internação voluntária, involuntária e compulsória e dá outras providências* (Santa Catarina), que foi aprovado na Comissão de Constituição e Justiça e nesse momento se encontra na Comissão de Saúde.

Frente a essas colocações e situações desenvolvidas a níveis mundial, nacional, estadual e também a nível municipal, não podemos ainda pensar que o único local, para o atendimento das pessoas com transtornos mentais, seja exclusivamente o hospital psiquiátrico, ou hospício, ou manicômio. Entretanto, enquanto os serviços de apoio não estiverem estruturados na comunidade, é importante considerar a sua situação de doente, com suas especificidades e necessidades de um espaço de tratamento. Da mesma forma, a família necessita estar preparada para poder assumir essa incumbência, e se queremos, na verdade, um tratamento mais humanizado para o doente mental, devemos estar atentos à problemática familiar.

Para que consigamos uma reforma psiquiátrica efetiva, a mesma só ocorrerá se, conforme menciona Sadigursky (1997, p 39) “a partir de uma decisão política credita a todos: pacientes, familiares, trabalhadores de saúde mental e à sociedade em geral, caso contrário, corremos o risco de trabalhar de forma estéril, sem revertermos esse modelo”.

Bezerra Júnior & Amarante (1992, p. 10) assinalam que “O grande desafio para todos nós é como lidar com a loucura. Podemos internar alguém durante algum tempo sem, no entanto, ‘internar’ o seu sofrimento psíquico”. Percebe-se com isso que, enquanto não mudarmos os nossos pensamentos, ou seja, a postura que temos frente a esse ser humano, permitindo-a sua participação e envolvimento nas discussões que se nos apresentam, a alienação, tanto dele como nossa, não deixará de existir. Ele continuará sendo ainda uma

pessoa maltratada, coisificada, desrespeitada, sem noção de seus direitos, perdendo, na verdade, sua dignidade de cidadão.

Essa parte é encerrada referenciando Miranda (1994, p.56) quando expõe o que diz Erasmo de Roterdam, no *Elogio da Loucura*,

“Os bobos proporcionam-lhes (aos príncipes) o que os príncipes procuram a todo custo: o divertimento, o sorriso, a gargalhada, o prazer. Outra qualidade dos loucos, e que não é para desprezar, é que eles são os únicos sinceros e verdadeiros...Tudo o que o louco tem na alma mostra-o no rosto e a sua boca di-lo sem hesitar...”

que me leva ao século XV, mas que em algumas circunstâncias, mesmo com todos esses movimentos, me faz refletir sobre qual é o modo que ainda estamos vendo hoje os “*nossos loucos*”???

Após as considerações sobre a desinstitucionalização do doente mental e a reforma psiquiátrica, passo a verificar como tem sido vista a Enfermagem psiquiátrica.

“... a enfermagem psiquiátrica como prática social que tem uma historicidade e, como tal, reproduz relativamente, em seu interior, as contradições, antagonismos, alienações e interdependências próprias da formação social em que se insere”.

Maria de Nazaré de Oliveira Fraga (1993, p. 16)

## 2.2 – ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

Segundo Miranda (1994, p.19) o que conhecemos da prática assistencial da Enfermagem psiquiátrica “é o de um total descaso e um descompromisso indiferente para com o cliente, protegido sob o escudo tarefeiro de reproduzir o saber médico, ao se dar a medicação prescrita. No mais, e às vezes, é lavar, vestir, alimentar e dar uma cama para dormir”.

Tendo a Enfermagem psiquiátrica uma historicidade, importante então se faz um retrospecto breve quanto às suas especificidades e sua prática.

Em 1886 foi inaugurado o Asilo de Alienados São Vicente de Paulo junto à Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, onde a prática psiquiátrica institucional teve início no Ceará, sendo as freiras de caridade as precursoras da Enfermagem psiquiátrica. A assistência se caracterizava mais pelo aspecto caritativo do que curativo, em virtude do saber e a prática daquela época (Fraga, 1993).

No final do século XIX (27.09.1890), através do Decreto Federal nº 791, foi criada a primeira escola brasileira, com o objetivo de sistematizar o ensino de Enfermagem no Brasil, chamada Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, localizada no Rio de Janeiro e junto ao Hospício Nacional de Alienados.

Em novembro de 1922, através do Decreto 15.799, surge a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, iniciando as atividades em fevereiro de 1923, sendo suas professoras estrangeiras. Objetivava, principalmente, o preparo técnico das enfermeiras brasileiras a fim de melhorar o modelo dos serviços de saúde do país. Com a primeira turma formada, em março de 1926, passou a chamar-se Escola de Enfermagem Anna Nery, presente até hoje (Miranda, 1994).

Conforme Miranda (1994, p.103), a partir dos anos 40, o ensino da Enfermagem psiquiátrica “era ministrado de forma simular. Um psiquiatra ensinava a parte teórica, as patologias e as síndromes psiquiátricas...”, e o referente à Enfermagem “apresentava peculiaridades que variavam do eminentemente prático ao burlesco”.

Fraga (1993) ressalta ainda que na década de 70, no Ceará, ocorreram situações que tiveram ligação, de alguma forma, com o ensino e a prática de Enfermagem psiquiátrica, e que também a parte teórica era responsabilidade dos médicos em ministrá-la.

Para Miranda (1994, p.116), “a Enfermagem psiquiátrica nasceu mal no Brasil”, e procura, de alguma forma, justificar, dizendo que “esse profissional não veio para atender a uma melhora na assistência ao louco, mas para viabilizar, dentro do hospício, as possibilidades concretas de o discurso psiquiátrico brasileiro tornar-se científico”, e ainda que “a enfermagem prepara o corpo do paciente para que outros profissionais produzam seus saberes”.

A história nos lembra que as pessoas que exerciam a Enfermagem psiquiátrica não tinham qualquer formação (guardas, serventes, entre outros) e que maltratavam os pacientes, assinalando de forma negativa a Enfermagem psiquiátrica (Rocha, 1994).

Esta autora salienta que a Enfermagem psiquiátrica surgiu para controlar, vigiar, reprimir e disciplinar o louco. Enfatiza ainda que transformações têm ocorrido no discurso, na teoria, mas a práxis deixa muito a desejar. A Enfermagem, neste aspecto, pouco participa do discurso. Remete também esta questão para a escola, que não tem tido um papel transformador.

Discordo, em parte, destas afirmações no sentido de generalizá-las, visto estarem sendo realizados muitos encontros específicos nessa área, abrindo espaços para reflexões sobre o pensar e o agir dos profissionais, tanto os da docência quanto os da assistência. A busca está ocorrendo, e, recentemente, abril de 1998, houve remiã dos docentes da disciplina de Enfermagem psiquiátrica, de muitas escolas de vários estados brasileiros, em Ribeirão Preto/SP, para discussão sobre como ela tem sido desenvolvida, as convergências, as divergências, a troca de experiências e as mudanças que se fazem necessárias. Uma outra oportunidade para esses intercâmbios aconteceu também em Belo Horizonte em novembro de 1998. Como disse, a preocupação existe, e o movimento para que as transformações possam acontecer tem ocorrido.

Da mesma forma, frente às políticas de desinstitucionalização e com propostas preventivas tem havido preocupações quanto aos aspectos políticos, com o planejamento da assistência psiquiátrica e com programas que se direcionem para uma melhor qualidade dessa assistência. No entanto, Rodrigues (1996, p.94) se contrapõe quando diz que

“A escassa modificação observada a nível da Enfermagem psiquiátrica e de saúde mental é tanto reflexo das dificuldades de implantação das propostas pelos entraves da própria organização sanitária brasileira como o do pequeno poder decisório da Enfermagem no planejamento da assistência”.

A Enfermagem psiquiátrica pode ser determinada por múltiplas e diversas formas. Pode ser definida como um tipo de Enfermagem que é praticada em um local específico, podendo tomar, como exemplo, um hospital psiquiátrico. Porém, se partirmos somente desse conceito, não estaremos, de alguma forma, abrindo espaço para o papel e a função do enfermeiro na prevenção do transtorno mental e nem para as propostas da Reforma Psiquiátrica.

Ao direcionar, no entanto, o olhar para tantas mudanças que ocorrem e que estão ocorrendo, percebe-se que a Enfermagem psiquiátrica não poderá estar limitada por uma área geográfica determinada, pois sua prática já tem se desenvolvido em ambientes extra-hospitalares diversos.

Concepções também têm sido feitas de que a Enfermagem psiquiátrica não é uma área autônoma especializada, mas sim vista como um aspecto integral e quase indivisível do conjunto da Enfermagem. Com isso subtende-se que estamos praticando a Enfermagem psiquiátrica e a Enfermagem em saúde mental, em todos os momentos em que somos solicitados a prestar assistência, independente do local ou situação.

A Enfermagem psiquiátrica tem se modificado junto com as transformações da psiquiatria, e Rocha (1994, p.22) mostra que “conceitos, mais influenciados pela psiquiatria social, dão ênfase ao relacionamento com o paciente, individualmente, à manutenção do ambiente terapêutico e à ampliação do campo da Enfermagem para o contato com paciente, família e comunidade”.

Encontra-se em alguns autores conceitos de Enfermagem psiquiátrica que são importantes serem citados. Minzoni, Alencastre, Goulart, Paciência, Rodrigues, Silva, Carswell, Saeki apud Manzolli (1996, p.78) vêem a Enfermagem psiquiátrica como “o processo interpessoal no qual o profissional de Enfermagem assiste o indivíduo com os

objetivos de promover saúde mental, prevenir doença mental e auxiliar no processo de tratamento e reabilitação daqueles que enfrentam experiências de doenças”.

Para Travelbee (1979, p.4),

“la enfermería psiquiátrica se define como un proceso interpersonal mediante el cual la enfermera profesional ayuda a una persona, familia o comunidad con el objeto de promover la salud mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental y, si es necesario, contribuye a descubrir un sentido a estas experiencias”.<sup>3</sup>

Concordo com suas colocações, pois, a partir do momento em que me tornar disponível a prestar assistência, se não utilizar da inter-relação, certamente ela não se objetivará. Sem o processo interpessoal a relação que se estabelecerá não será ativa, mas passiva, ou na verdade, não ocorrerá. Não poderá haver mão única. O ir e vir tem que ser permitido, estabelecido. Somente cumprir funções não é algo tão difícil, mas, em determinados momentos, despojar-se de tantos conceitos, pré-conceitos, posturas, comportamentos, já tão arraigados, aí não é nada fácil. Permitir o envolvimento, ter clareza das convicções e ser agente ativo dentro dessa relação é imprescindível nessa prática profissional.

Irving (1979, p.2) define a Enfermagem psiquiátrica como “o processo de comunicação humana que envolve duas pessoas, a enfermeira e o paciente, e seu relacionamento, a soma das interações”.

Minzoni, (1980, p.23) assim como Irving, reforçam que fazem parte do processo três elementos: a pessoa que procura ajuda, o enfermeiro e o relacionamento que será estabelecido entre eles. Assim, o enfermeiro favorecerá o cliente “a compreender seu próprio comportamento, a integrar suas capacidades e a aprender a manipular os problemas que interferem em sua vida de forma sadia”.

Já Stefanelli (1983, p.43) aborda o relacionamento terapêutico entre enfermeiro e cliente, como formado por uma sucessão de interações

“planejadas com objetivos definidos para ser útil a um paciente em particular, no qual uma das partes – a enfermeira

---

<sup>3</sup> A enfermagem psiquiátrica se define como um processo interpessoal mediante o qual a enfermeira ajuda uma pessoa, família ou comunidade com o objetivo de promover a saúde mental, prevenir ou enfrentar a experiência da enfermidade e o sofrimento mental e, se necessário, contribui para descobrir um sentido para estas experiências.

- dispõe de conhecimentos científicos, habilidade profissional e pessoal para ajudar a outra – o paciente ou cliente – que, por uma situação qualquer de vida, viu-se impedida de interagir ou comunicar-se satisfatoriamente com as pessoas de seu meio”.

A Enfermagem psiquiátrica para Paula (1991, p.79) é vista “como um processo interpessoal pelo qual o enfermeiro assiste o Ser Humano no atendimento de suas Necessidades Humanas Básicas”.

Taylor (1992, p.55) refere-se à Enfermagem psiquiátrica como “um processo onde a enfermeira auxilia as pessoas, individualmente ou em grupos, a desenvolverem um autoconceito mais positivo, um padrão mais gratificante de relacionamentos interpessoais e um papel mais satisfatório na sociedade”.

Em Dally & Harrington (1978) é abordado que a Enfermagem psiquiátrica difere das outras “especialidades” da profissão apenas no que se refere ao seu objetivo principal, que seria a assistência ao ser que se encontra acometido por um transtorno mental. Em razão desta situação, ele necessita de um enfermeiro com um “desenvolvimento” mais completo, de uma compreensão especial e principalmente do estabelecimento de um relacionamento terapêutico.

Observa-se que em todas essas colocações, conceituações, a Enfermagem psiquiátrica tem como base o estabelecimento de um relacionamento terapêutico com o cliente, que germina através de uma efetiva comunicação.

"... o ser gente não se completa, não se consoma em si mesmo, só conseguindo ultimar-se e revelar-se na projeção sobre outro através da comunicação".

Walter Poyares (1983, p.21)

## 2.3 – COMUNICAÇÃO

Comunicar significa compartilhar, ou seja, partilhar com alguém o conteúdo de informações, como idéias, pensamentos, desejos, intenções, conhecimentos.

A comunicação consiste, segundo Poyares (1983, p.31) num

“... sistema de distribuição, captação, troca de energias criadoras, que se efetua através de mecanismos psicológicos, fisiológicos, semiológicos, carregado de quantificações, mas distinto de todos os demais sistemas de informação por este exclusivo poder do fenômeno humano: o de recriar”.

Através da comunicação sente-se uma comunhão com a pessoa a quem se dirige, pois com ela passa-se a ter algo em comum, renovando-se em cada momento de interação, de sintonia.

Comunicar é se envolver em processo bidirecional, recíproco e participante, tendo como fundamento a mútua confiança (Epstein, 1977).

Berlo (1989, p.129) enfatiza que “... a comunicação envolve uma interdependência física, isto é, fonte e receptor são conceitos diádicos, cada qual exige o outro pela própria definição, cada qual precisa do outro para a própria existência”.

A comunicação é um conceito muito amplo, que abrange uma diversidade de processos e fenômenos.

Encontra-se em Littlejohn (1982) um quadro com quinze componentes conceptuais distintos nas várias definições, elaborado por Frank Dance (1970), interessante de ser apresentado.

**Quadro 2 - Componentes Conceptuais em Comunicação**

1. Símbolo/Verbais/Fala:	<i>"Comunicação é o intercâmbio verbal de pensamento ou idéia" (Hoben, 1954).</i>
2. Compreensão:	<i>"Comunicação é o processo pelo qual compreendemos os outros e, em contrapartida, esforçamo-nos por compreendê-los. É um processo dinâmico, mudando e variando constantemente em resposta à situação total" (Anderson, 1959).</i>
3. Interação/Relacionamento/Processo Social:	<i>"A interação, mesmo em nível biológico, é uma espécie de comunicação; caso contrário, atos comuns não poderiam ocorrer" (Mead, 1963).</i>
4. Redução da incerteza:	<i>"A comunicação decorre da necessidade de reduzir a incerteza, de atuar eficientemente, de defender ou fortalecer o ego" (Barnlund, 1964).</i>
5. Processo:	<i>"Comunicação: a transmissão de informação, idéia, emoção, habilidades, etc, pelo uso de símbolos – palavras, imagens, números, gráficos, etc. É o ato ou processo de transmissão que usualmente se designa como comunicação" (Berelson e Steiner, 1964).</i>
6. Transferência/Transmissão/Inter-câmbio	<i>"(...) o fio condutor parece ser a idéia de algo que está sendo transferido de uma coisa ou pessoa para outra. Usamos a palavra "comunicação" ora em referência ao que é assim transferido, ora aos meios pelos quais é transferido, ora ao processo como um todo. Em muitos casos, o que é assim transferido continua sendo compartilhado; se eu transfiro informação a outra pessoa, ela não deixa de estar em minha posse pelo fato de passar a estar também na posse dela. Assim sendo, a palavra "comunicação" adquire também o sentido de participação. É nessa acepção, por exemplo, que os devotos religiosos comungam" (Ayer, 1955).</i>
7. Ligação/Vinculação:	<i>"A comunicação é o processo que liga entre si partes descontinuas do mundo vivo" (Ruesch, 1957).</i>
8. Participação comum:	<i>"(Comunicação) é um processo que torna comum para dois ou muitos o que era monopólio de um ou poucos" (Gode, 1959)</i>
9. Canal/Transmissor/Meio/Via:	<i>"Os meios e emissão de mensagem militares, ordens, etc, por telefone, telégrafo, rádio, mensageiros ou estafetas" (American college dictionary).</i>
10. Reprodução de lembranças:	<i>"Comunicação é o processo de conduzir a atenção de outra pessoa, com a finalidade de reproduzir lembranças" (Cartier e Harwood, 1953).</i>
11. Resposta Discriminativa/Modificação do Comportamento/Resposta:	<i>"Comunicação é a resposta discriminatória de um organismo a um estímulo" (Stevens, 1950).</i>
12. Estímulo:	<i>"Todo e qualquer ato de comunicação é visto como uma transmissão de informação, consistindo em estímulos discriminativos de uma fonte para um receptor" (Newcomb, 1966).</i>
13. Intencional:	<i>"Em sua essência, a comunicação tem como seu interesse central aquelas situações comportamentais em que uma fonte transmite uma mensagem a um receptor (ou receptores), com o propósito consciente de afetar o comportamento deste último (ou destes últimos)" (Miller, 1966).</i>
14. Tempo/Situação:	<i>"O processo de comunicação é o de transmissão de uma situação estruturada como um todo para outra, num padrão perfeito" (Sondel, 1956).</i>
15. Poder:	<i>"(.) comunicação é o mecanismo pelo qual o poder é exercido" (S. Schacter, 1951)</i>

Fonte: Littlejohn (1982)

Littlejohn (1982, p.18) menciona também que

“A comunicação é um dos mais penetrantes, complexos e importantes aglomerados presentes em nosso comportamento. É a nossa aptidão para comunicar em um nível superior que separa os seres humanos dos outros animais. As nossas vidas cotidianas são afetadas da maneira mais séria pelas nossas próprias comunicações com outros, assim como pelas comunicações de pessoas distantes e desconhecidas”.

A comunicação é um processo de compreender e compartilhar as mensagens que são enviadas e recebidas e é através desse intercâmbio que podem ocorrer influências nos comportamentos das pessoas. Ela é o “carro chefe” das relações. Ela permite um aconchego, estabelecendo uma relação e possibilitando o compartilhar de situações.

A comunicação não é um ato isolado, ou um complexo de atos individuais, desconexos, mas um fluxo contínuo, de várias direções e origens, em que seus conteúdos e formas estão em constante mutação (Bordenave, 1987).

Para que esse fluxo possa ocorrer, faz-se necessária a inter-relação, que nos permite fazer as trocas, refletir, reavaliar, poder dar novas interpretações e procurar novos caminhos para o alcance dos objetivos propostos.

É pertinente quando Bidwhistel apud Watzlawick et al. (1993, p.64) sugerem que “um indivíduo não se comunica: ele se envolve em comunicação ou torna-se parte da comunicação. (...) ele não origina a comunicação; faz parte dela”. O indivíduo é por si só comunicação.

Deaux & Wrightsman apud Davies (1995, p.22) definiram comunicação como “Uma interação onde duas ou mais pessoas enviam e recebem mensagens e, durante o processo, ambos se apresentam e interpretam um ao outro”.

Pode-se perceber que não existem interações passivas, isto é, todos nós comunicamos, mesmo quando não falamos. O nosso corpo transfere e recebe sinais que codificamos e descodificamos para que a interação tenha significação.

A comunicação pode ser expressa pelas formas verbal, não verbal e paraverbal ou metacomunicação, e que muitas vezes podemos não perceber, não compreender ou ignorar as mensagens que elas envia.

Weaver (1975) discute no livro “Teoria matemática da comunicação” três níveis em que se dá a comunicação, quais sejam: o nível técnico, o nível semântico e o nível da eficiência.

Associando esses níveis à nossa profissão, poderia mencionar que no nível técnico resgatamos o **profissional de enfermagem que trata do cliente**, não esquecendo que a comunicação vai e vem, não só eu faço e ele obedece. É um caminho de duas mãos, isto é, tem alguém que emite a mensagem e tem alguém que a recebe. É um canal de comunicação com emissor e receptor, não é um canal linear, é todo um ambiente de comunicação.

O nível semântico refere-se “à identidade ou a uma aproximação estreita e satisfatória da interpretação do significado captado pelo receptor, ao comparar-se os resultados obtidos com o significado previsto pelo transmissor” (p. 4-5), que seria na **forma como falamos com o cliente** que estamos prestando assistência e em **como conseguimos entender a sua fala**.

No nível da eficiência, estaria inserido se a comunicação foi ou não eficiente, se afetou a **mudança de comportamento tanto do profissional quanto do cliente**.

A consciência da comunicação alicerça a melhoria da assistência de Enfermagem na proporção em que se conscientiza e se determina a verificar os critérios necessários para tornar sua utilização efetiva, aproximando-se das ações terapêuticas de Enfermagem.

A comunicação terapêutica, como menciona Stefanelli (1993, p.81), “contribui para a excelência da prática da enfermagem e cria oportunidade de aprendizagem para o paciente”. Desperta ainda a confiança entre esses sujeitos, permitindo também sentir satisfação e segurança.

A autora diz ainda que essa comunicação é terapêutica, pois utilizamos do conhecimento que possuímos sobre a mesma, no intuito de auxiliar o cliente a enfrentar os problemas que estão lhe ocorrendo, poder conviver com as outras pessoas, ajustando-se ainda ao que não for possível transformar e, assim, poder enfrentar os obstáculos que se opõem à auto-realização.

Consoante Stefanelli (1993), a comunicação é o denominador comum das nossas ações e influencia na qualidade da assistência que prestamos; é também através dela que podemos identificar os problemas que o cliente apresenta.

Travelbee apud Gattás (1984) salienta que a comunicação envolve a compreensão da mensagem, tanto por quem a envia como por quem a recebe, e se isso não ocorrer, ela não terá se concretizado. Constitui, ainda, uma capacidade interpessoal essencial, que se amplia através de diferentes fases de conhecimento e desenvolvimento.

De nada adianta o enfermeiro compreender somente situações a respeito do cliente; é necessário também que ele (cliente) saiba que o enfermeiro o compreende. E aqui a palavra chave é a comunicação (Miranda, Miranda, 1993).

Reforçam também Magalhães & Peixoto (1995, p.15), quando afirmam que “A carência na comunicação tem como conseqüência a falta de observação e sendo assim, o enfermeiro não é capaz de identificar as necessidades básicas dos pacientes, esclarecer idéias errôneas e ajudá-las a verbalizar medos e outras reações”.

Nightingale apud Mendes (1994), descreve a dificuldade que existe em estabelecer-se uma comunicação com o cliente, pois deseja-se “jogar” sobre o mesmo informações, não importando, de forma alguma, conhecer o seu estado.

Necessita-se repensar esse tipo de prática e promover, incentivar, estimular a participação do cliente de forma ativa, pois, caso contrário, o processo que se quer desenvolver não será efetivo.

King apud Mendes (1994), vê a comunicação como um processo no qual se transfere informação de uma pessoa para outra, seja direta ou indiretamente. É o componente de informação das interações. Para que possa ser efetiva, o bidirecional faz-se necessário, podendo, então, haver resposta e validação das mensagens que são enviadas (Silva, 1996).

A comunicação constitui-se também em um processo de interação simbólica, pois utilizamos símbolos que serão interpretados por aquele que está recebendo a nossa mensagem. Atribuímos significado a toda forma utilizada de comunicação (Littlejohn, 1982). A nossa percepção e observação deverá ser o mais ampla possível, para que as mensagens possam ser recebidas, compreendidas e as trocas tornem-se possíveis.

Silva (1991, p.16) comenta que “Talvez não seja exagero afirmar-se que a comunicação seja a própria essência do relacionamento humano, desde que é através dela que os seres humanos trocam suas mensagens ou não, e assim afetam reciprocamente suas vidas e a de outros”.

Vê-se que a comunicação tem sido abordada em várias direções. Enquanto que para uns, a sintonia entre os indivíduos é colocada como fundamental, dentro desse momento, para que ele seja efetivo, para outros a mesma existe, independente de conseguir ou não trocar mensagens. No entanto, é abordado ainda que é necessário compartilhar e compreender o que estamos enviando e o que estamos recebendo, dentro desse processo, caso contrário, como influenciaremos ou seremos influenciados no processo de desenvolvimento como pessoas, como seres humanos?

É através da comunicação, independente da sua forma, que podemos transmitir algum tipo de informação. Sabemos que falar, comunicar não é tão difícil. Pensamos, refletimos, elaboramos nossos conceitos, nossos dizeres, respondemos as questões que nos são formuladas, pois aprendemos desde o nosso nascimento, ou até antes dele, que se não nos expressarmos de alguma forma não seremos reconhecidos, percebidos, satisfeitos. E é assim que vamos nos desenvolvendo.

Sentir também que, embora possamos ter uma satisfação muito grande conosco mesmo, esta poderá ser ampliada a partir de uma interação mais profunda com o outro, pois é com o outro que temos condições de provocar mudanças e favorecer o crescimento; essa comunicação sai do meramente convencional, e parte então para uma comunicação terapêutica. Mas ela precisa ser conquistada através da confiança e da segurança entre as pessoas que se permitem a esse tipo de movimento. Movimento sim, pois nos expomos de alguma forma e nos comprometemos um com o outro, num ir e vir constante.

Assim, se queremos intercambiar emoções, desejos, dúvidas, conhecimentos, reflexões, reavaliações, formas, quem sabe, de trilhar caminhos de maneira um pouco diferentes, favorecendo deste modo uma possibilidade de uma vida saudável e feliz, o compromisso, a responsabilidade e o envolvimento serão peças fundamentais.

Desta maneira, tomar conhecimento, consciência e implementar adequadamente a comunicação são condições imprescindíveis que servem como meio propiciador de uma relação pessoa-pessoa, necessária para prestar uma assistência de Enfermagem psiquiátrica.

...sempre existe no louco um resto de razão, permitindo a relação terapêutica”.

Elisabeth Roudinesco et al. (1994, p. 8)

## 2.4 – RELAÇÃO PESSOA-PESSOA

Início com Rogers (1991, p.59), que diz

“Se aceito a outra pessoa como alguma coisa definida, já diagnosticada e classificada, já cristalizada pelo seu passado, estou assim contribuindo para confirmar essa hipótese limitada. Se a aceito num processo de transformação, nesse caso o que faço pode confirmar ou tornar real as suas potencialidades”.

Aborda ainda que “quando alguém compreende como sinto e como sou, sem querer me analisar ou julgar, então, nesse clima, posso desabrochar e crescer”, e isso se fortalece à medida em que se “(...) é capaz de apreender o que o cliente está experienciando, momento a momento, em seu mundo interior, como este o sente e o vê, sem que a sua própria identidade se dissolva nesse processo de empatia, então a mudança pode ocorrer” (p.66).

No momento em que nos tornamos capazes de assumir a nossa própria experiência, caminharemos com certeza à aceitação da experiência do outro.

A relação interpessoal é também muito guiada pela qualidade da comunicação, verbal ou não verbal, no relacionamento cotidiano (Berlo, 1989).

O relacionamento interpessoal é considerado por nós como um instrumento para o desenvolvimento do nosso trabalho, que é a assistência de Enfermagem, mas como trata Gattás (1984, p.59) “... antes que ocorra um relacionamento significativo (...), é importante que ambos se conheçam como pessoas distintas, com suas próprias singularidades, assim como desenvolverem um certo grau de confiança mútua para que possam se sentir ‘à vontade’ na interação”.

Segundo Travelbee (1979, p.70), “El relacionar-se es una experiencia o serie de experiencias que se caracterizan por un diálogo significativo entre dos seres humanos –

una enfermera y un paciente – donde cada uno comprende y experimenta la sinceridad, la unión y el entendimiento con el otro”.<sup>4</sup>

Uma das características dessa relação é de que tanto o cliente quanto o enfermeiro estão empenhados em promover, trocar e provocar mudanças em seu comportamento. Os objetivos devem estar de acordo, caso contrário, cada um irá trilhar caminhos diferentes, que certamente levarão a locais diferentes. Não havendo congruência, a relação não poderá ser estabelecida, se estarão caminhando em sentidos opostos.

Travelbee apud Gattás (1984) reforça ainda que cada encontro tem como característica ser único e original, e também representa o começo ou ponto de partida das interações subseqüentes.

A aceitação e a atitude não julgadora, reforçando o dito de Rogers, são também aspectos importantes nesta relação. Aceitar não quer dizer, ele é assim e nada posso fazer, mas, na verdade, realizar atividades orientadas que possam provocá-lo para que mudanças venham a ocorrer. O não julgar é basicamente impossível, mas no momento que temos consciência dos juízos que formulamos sobre a pessoa e seu comportamento, aí sim, podemos saber os efeitos na relação enfermeiro-cliente.

Da mesma forma o compromisso emocional deve estar presente, como ressalta Travelbee (1979, p.42) “Es la capacidad de trascenderse a sí mismo e interesarse por otra persona, sin que este interés nos inhabilite”.<sup>5</sup>

Miranda & Miranda (1993) descrevem que as habilidades interpessoais nos permitem um relacionamento integral e construtivo com o outro. Vejo com isso o nosso compromisso e responsabilidade como profissionais quando assumimos a prática de uma assistência, baseada não somente em conceitos puramente técnicos.

Travelbee (1979) enfoca algumas premissas básicas da relação pessoa-pessoa, nas quais resgato duas que considero de suma importância. Uma é que a relação só poderá ser estabelecida quando cada um perceber o outro como um ser humano único. Apresenta-se então toda a questão do respeito, afirmação que é sustentada por Rotelli apud Amarante (1994, p. 168) quando diz “E em qualquer homem, por mais que seja louco, há uma

---

<sup>4</sup> O relacionar-se é uma experiência ou série de experiências que se caracteriza por um diálogo significativo entre dois seres humanos – uma enfermeira e um paciente – onde cada um compreende e experimenta a sinceridade, a união e o entendimento com o outro.

<sup>5</sup> É a capacidade de transcender-se a si mesmo e interessar-se por outras pessoas, sem que este interesse nos inhabilite.

subjetividade que se expressa e que deve ser respeitada”, da singularidade, da individualidade, da cidadania, das características próprias de cada indivíduo. Ele não é eu, nem eu posso ser ele, mas nós podemos provocar mudanças um ao outro. As trocas podem e devem ocorrer. Se esse resultado não é alcançado, com certeza a relação não foi estabelecida.

A outra premissa refere-se ao estabelecimento, à manutenção e ao término da relação pessoa-pessoa. Para que uma relação inicie é necessário a permissão que estabelecemos um com o outro. Essa relação é planejada, e não podemos de forma alguma nos afastarmos “no meio do caminho”. Onde fica o respeito, o compromisso, a segurança, a confiança estabelecida dentro dessa relação?

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

Sabe-se, no entanto, que muitos fatores podem afetar a capacidade do enfermeiro para que atinja todos esses objetivos, desde seus conhecimentos sobre a própria profissão até maiores especificidades sobre o cliente e a sua própria pessoa.

Este capítulo é encerrado lembrando da importância desse resgate sobre a história da psiquiatria, da doença mental, da assistência psiquiátrica e dos seus movimentos, e da própria Enfermagem psiquiátrica, por constituir-se numa base teórica relevante dentro da realidade onde foi desenvolvido este estudo. Foram incluídos também, aqui, os conceitos de comunicação e relação pessoa-pessoa, por serem extremamente importantes, fazendo uma revisão um pouco mais abrangente, conhecendo as posições de alguns autores.

Esses conceitos, comunicação e relação pessoa-pessoa, serão retomados no próximo capítulo onde é apresentado o Referencial teórico-metodológico (**Construindo o caminho...**), que orientou este trabalho fundamentado nos estudos de Paula e em algumas proposições de Travelbee.

## **Capítulo 3**

---

### **REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO**

---

**CONSTRUINDO O CAMINHO...**

“...o marco referencial tem a finalidade de demarcar o conhecimento em que se apoia, servindo de base para as ações de enfermagem”.

Alcione L. da Silva & Eloísa N. Arruda (1993, p. 85)

O referencial teórico-metodológico selecionado para esta dissertação parte dos estudos desenvolvidos por Paula (1991, 1993) e de algumas contribuições e ensinamentos de Travelbee (1979). Início com Paula, salientando que esta escolha atende minha área de atuação e prática compartilhada com alunos, colegas e clientes. Por outro lado, devido ao ineditismo da proposta de Paula (1991, 1993) e a inexistência de literatura desenvolvida a partir da abordagem proposta pelo autor, considero um desafio testar um dos conceitos que o mesmo evidenciou.

O referencial parte da visão tradicional das **Necessidades Humanas Básicas**, como um conceito já incorporado, objetivando conhecimentos relativos às mesmas, com uma visão biocular e monocular sobre as **Necessidades Contrárias**. A visão tradicional reconhece a existência das necessidades como um vetor. A visão biocular reconhece a existência das necessidades e suas respectivas contrárias, porém assiste como se fossem uma. A visão monocular reconhece a existência das necessidades e suas respectivas contrárias, porém assiste uma e outra separadamente.

Para Horta (1979), as **Necessidades Humanas Básicas** são consideradas como os entes da Enfermagem. São universais, e desta forma, comuns aos seres humanos, mas podem variar de uma pessoa para outra quanto à sua manifestação e à forma de satisfazê-la.

Paula (1991), em sua tese “Tangenciando a teoria de Horta: uma abordagem situada em experiência de enfermagem psiquiátrica”, trata **necessidade** como um vetor, altera conceitos e definições sobre as **Necessidades Humanas Básicas**, divergindo ou complementando as idéias de Horta, utilizando-se para isso de propriedades da matemática e da física e incluindo o termo **necessário** na linguagem da Enfermagem.

Ele parte das necessidades do ser vivo, buscando conceitos em vários autores, chegando a Maillet apud Paula (1991, p.17) que ressalta que “a célula é a menor unidade capaz de manifestar as propriedades de um SER VIVO; esta menor porção de matéria viva é capaz de sintetizar o conjunto, ou quase, de seus constituintes, usando os elementos do

meio, de crescer e de se multiplicar”, o que leva a ver a célula como a mínima compreensão do ser e, portanto, que apresenta necessidade.

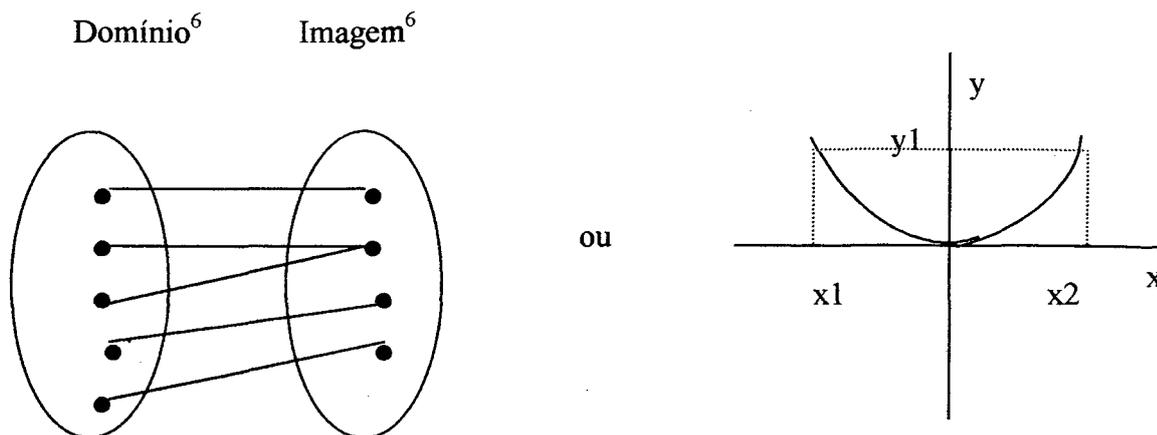
A **necessidade** para Horta (1979, p.39) é conceitualizada como “um estado de tensão consciente ou inconsciente resultante dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais”. Paula (1991) contrapõe-se dizendo que a necessidade é um ente que pré-existe e constitui os estados; não depende de “tensões”.

A fundamentação matemática, tendo como referencial bibliográfico Boldrini et al. (1980) é utilizada por Paula (1991) com a finalidade de elaborar um construto teórico de necessidade do ser vivo. O vetor representa uma grandeza e é um ente matemático, sendo utilizado também para representar necessidade, pois, segundo Boldrini et al. apud Paula (1991, p.18), existem certas propriedades que servem “para caracterizar certos conjuntos que, apesar de terem natureza diferentes dos vetores no espaço, ‘comportam-se’ como eles. Estes conjuntos recebem o nome de ESPAÇOS VETORIAIS”. Assim, as necessidades, de acordo com Paula (1991), são representadas como espaços vetoriais. Uma grandeza vetorial possui direção e sentido. É representada por meio de uma flecha, numa certa escala. O comprimento da flecha representa o módulo do vetor. A linha sobre a qual se encontra é a direção do vetor, e o sentido é o indicado pela flecha. A direção é a linha na qual a grandeza existe e que tem dois sentidos.

————— = Direção

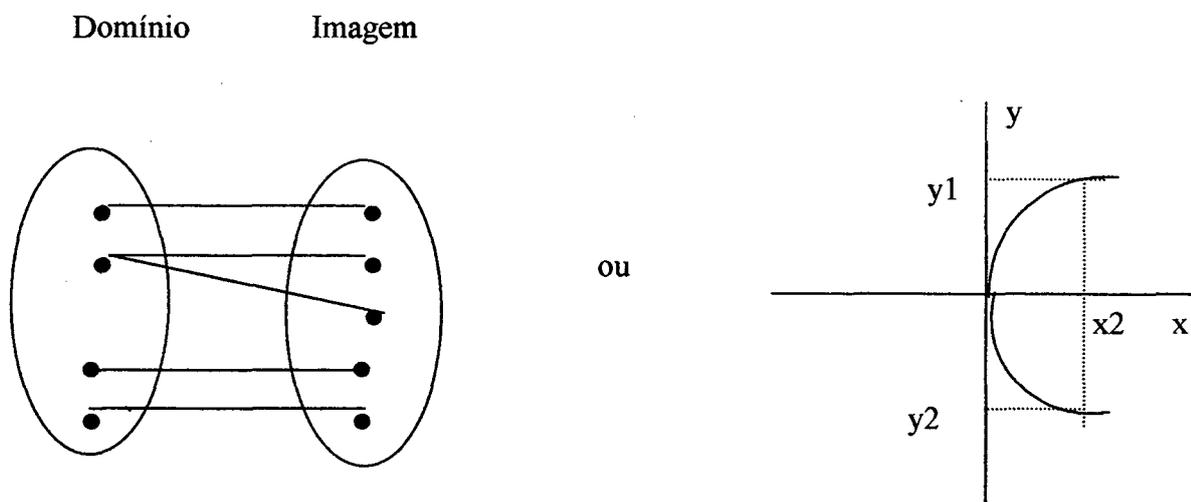
←————→ = Direção + Sentido

Segundo Paula (1991, p.19), a **necessidade**, tida como “o caráter do que é necessário, sendo necessidade um vetor, qualquer ponto no espaço pode ser considerado como o necessário”. Com isso se entende que, se para cada vetor (necessidade) existe um ponto no espaço, então para cada necessidade existirá um único necessário, no entanto, um único necessário poderá atender a várias necessidades, o que “pode ser comprovável pela definição matemática de função” (Paula, 1991, p.19).



Fonte: Paula (1991)

O que não pode ocorrer é uma necessidade ter mais de um necessário, pois estaria sendo incoerente com a definição de função.



Fonte: Paula (1991)

Conforme Paula (1991, p.56), “As necessidades formam uma base de necessidades, cujos conjuntos ou sub-conjuntos de sub-necessidades, representam espaços ou sub-espaços de necessidades, onde a cada sub-necessidade corresponde um único necessário”.

O necessário poderá então ser identificado através das manifestações de necessidade (sentido, direção e intensidade) e também pelo ponto de aplicação da necessidade (onde ele

<sup>6</sup> Domínio é o estado em que o indivíduo se encontra; Imagem é o estado em que almeja chegar através de mudanças.

se manifesta). Tomemos a INSPIRAÇÃO como um sub-conjunto ou sub-espaço de um conjunto menor da necessidade OXIGENAÇÃO, onde o necessário é o O<sub>2</sub>; e a EXPIRAÇÃO como um sub-conjunto ou sub-espaço de um conjunto menor da necessidade OXIGENAÇÃO, onde o necessário é o CO<sub>2</sub>. É óbvio que INSPIRAÇÃO e EXPIRAÇÃO formam sub-espaços maiores do que O<sub>2</sub> e CO<sub>2</sub>. O necessário será então o que irá satisfazer, atender a uma necessidade.

Então, as **necessidades humanas básicas** “são conjuntos de entes do ser humano cujas funções podem ser representadas pela busca do necessário” (Paula, 1991, p.81).

As necessidades humanas básicas formam sub-espaços de necessidades biológicas, sociais e psicológicas, que são comuns aos seres vivos. Para os seres humanos acrescenta-se a necessidade espiritual. Com a intersecção destas necessidades, resultarão as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, que estão intimamente relacionadas. No Anexo 1 apresenta-se o Quadro Resumo – Demonstração das inter-relações Psicobiológicas, Psicossociais e Psicoespirituais.

Nos estudos de Paula (1991), nos quais está descrita uma base linear para o espaço de necessidades (ver Anexo 1), observa-se que para toda **necessidade** está associada uma **necessidade contrária**. A sobreposição de duas necessidades, sendo uma a contrária, resulta em uma necessidade nula, representando, desta forma, o equilíbrio.

Pôde ser encontrada uma tentativa deste tipo de descrição, ou seja, o discernimento entre oposto, contrário, contraditório, entre fazer o contrário e o se negar a fazer, em autores como Cirne-Lima (1993) & Chauí (1995). Esta autora (1995, p.203) salienta que a realidade e a verdade, como movimento interno de contradição, podem ser alcançadas através da dialética, mas que “os termos contraditórios não são dois positivos contrários ou opostos, mas dois predicados contraditórios do mesmo sujeito, que só existem negando um ao outro”. Exemplifica também com termos como: doce/não doce, quente/não quente, entre outros. Em suas colocações, percebe-se um reforço às afirmações de Paula, quando distingue o contrário do oposto e compreende contrário como o que Chauí denomina de contraditório.

Aplicando as propriedades das necessidades (Paula, 1991, p.22-26), e assumindo, por exemplo, RESPIRAÇÃO ( $\vec{R}$ ) como um vetor no espaço das necessidades, temos  $\vec{R}$  como uma necessidade humana básica dada pela soma de dois vetores **linearmente independentes (oposta)**, INSPIRAÇÃO ( $\vec{I}$ ) e EXPIRAÇÃO ( $\vec{E}$ ).

$$\vec{R} = \vec{I} + \vec{E}$$

Dizemos que a INSPIRAÇÃO ( $\vec{I}$ ) é resultante da inspiração (i) e da não inspiração (ni), portanto, para a existência do inspirar existe um não inspirar inerente a isso. Logo, i e ni são **linearmente dependentes (contrária)** (Paula, 1991). Então podemos descrever I como a soma das necessidades i e ni.

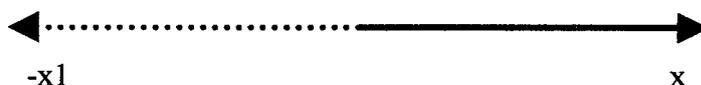
$$\vec{I} = i + ni$$

Dizemos também que a EXPIRAÇÃO ( $\vec{E}$ ) é resultante da expiração (e) e da não expiração (ne), assim para a existência da expiração existe um não expirar inerente a isso. Por conseguinte, e e ne são **linearmente dependentes (contrária)** (Paula, 1991). Podemos então descrever E como a soma das necessidades e e ne.

$$\vec{E} = e + ne$$

**Não inspirar é contrária ao inspirar e oposta ao não expirar e expirar; o não expirar é contrária ao expirar e oposta ao não inspirar e inspirar.**<sup>7</sup>

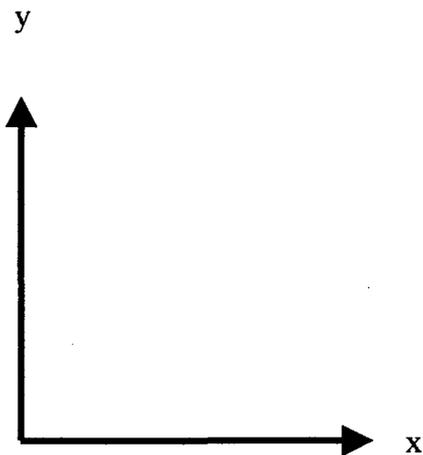
A **necessidade contrária** é um sub-espço de necessidade, representado por dois vetores, com uma mesma direção, mas com sentido contrário (Paula, 1991).



**Figura 1** = Representação gráfica de uma necessidade e de sua necessidade contrária, sendo linearmente dependentes.

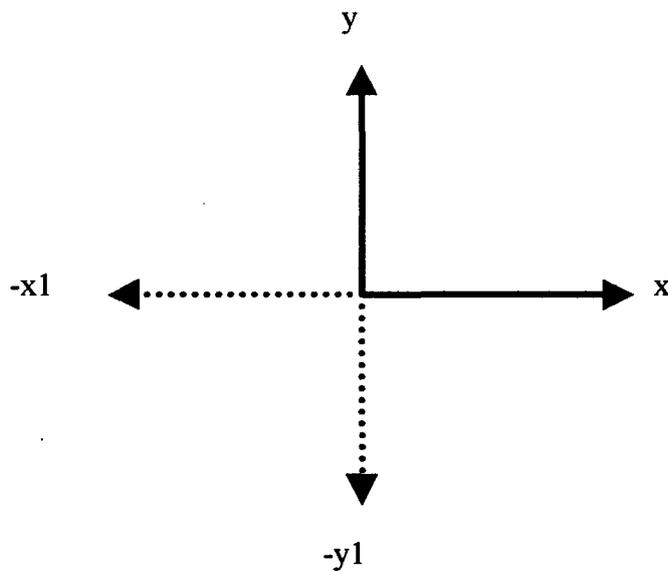
Cirne-Lima (1993, p.30) considera “Contrários como o Repouso e o Movimento, Par e Ímpar, Quente e Frio, Limitado e Ilimitado, Amor e Ódio”. Percebe-se que existe uma diferença entre as afirmações de Chauí e Cirne-Lima. Provavelmente o que Cirne-Lima denomina de contrária é oposto, já que a necessidade oposta é um sub-espço de necessidade representado por dois vetores com direção e sentido diferentes, tal como: o amar (x) e o odiar (y).

<sup>7</sup> Trabalho defendido por Paula (1991).



**Figura 2** = Representação gráfica de duas necessidades opostas; são ortogonais e independentes.

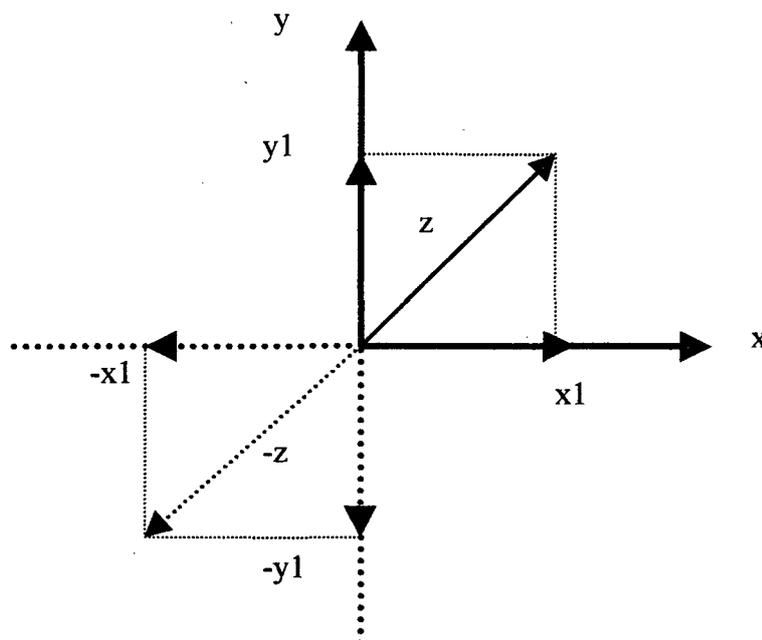
Da mesma forma que amar e não amar (sub-espço  $x$  e  $-x1$ ), odiar e não odiar (sub-espço  $y$  e  $-y1$ ) são vetores contrários, porque nos sub-espços eles têm a mesma direção e sentido contrários; odiar e não odiar (sub-espço  $y$  e  $-y1$ ) são opostos a amar e não amar (sub-espço  $x$  e  $-x1$ ), porque os sub-espços  $x$  e  $-x1$  têm sentido e direção diferentes de  $y$  e  $-y1$ .



**Figura 3** = Representação gráfica na qual assumimos que  $x$  é a representação da necessidade amar e  $y$  da necessidade odiar, são opostas e, portanto, ortogonais.  $-x1$  representa a necessidade contrária não amar de  $x$  e  $-y1$  a necessidade contrária não odiar de  $y$  são também opostas e ortogonais.  $-x1$  é linearmente dependente de  $x$  e  $-y1$  é linearmente dependente de  $y$ .

Os sinais e sintomas do transtorno mental, quando analisados sob a ótica das **necessidades humanas básicas**, têm sido vistos como um comprometimento da necessidade por falta ou excesso de atendimento. A aplicação de construtos teóricos fundamentais da física aplicada para as necessidades humanas básicas mostra a possibilidade de que os sinais e sintomas do transtorno mental possam ser consequência também da manifestação das necessidades contrárias.

A ambivalência, por exemplo, é um sentimento duplo e antagônico sobre um mesmo objeto, como por exemplo amar e odiar. Aplicando a Releitura da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, entende-se que a visão freudiana considera que amar e odiar são necessidades opostas. Paula (1997, 1998)<sup>8</sup> sugere que quando um sujeito manifesta uma necessidade e sua respectiva contrária, isto é bivalência. A ambivalência, portanto, deve ser representada como a resultante da intersecção de duas necessidades opostas e suas respectivas contrárias em um mesmo tempo e um mesmo espaço, como ilustra a Figura 4.



**Figura 4** = Representação gráfica na qual assumimos que  $x$  é a representação da necessidade amar e  $y$  da necessidade odiar, são opostas e, portanto, ortogonais.  $x1$  representa a necessidade contrária não amar de  $x$  e  $-y1$  a necessidade contrária não odiar de  $y$ , são também opostas e ortogonais.  $x1$  é linearmente dependente de  $x$  e  $-y1$  é linearmente dependente de  $y$ , e suas consequentes resultantes,  $z$  e  $-z$ .

<sup>8</sup> Diálogos ocorridos em encontros.

Para operacionalizar o marco referencial utilizou-se etapas do Processo de Enfermagem propostas por Paula (1993), na Releitura da Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

De acordo com Horta (1979, p.35), o Processo de Enfermagem é definido como “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento de suas fases ou passos”. Em minha prática, o Processo de Enfermagem (Figura 4) é o instrumento, o método que pode orientar e direcionar a assistência prestada ao cliente.

Apresento, a seguir, as etapas do Processo de Enfermagem:

1 – Histórico de Enfermagem: é realizado através da relação interpessoal estabelecida com o cliente, assim como observações, anotações no prontuário e livro de ocorrências, e também de informações obtidas com a equipe. Permite levantar dados significativos, tanto para o enfermeiro como para o cliente, identificando então os seus problemas e, a partir daí, poder atender os passos seguintes. Serve também de registro desta relação e observações, proporcionando subsídios para correções de erros cometidos (manejos inadequados), além de facilitar as outras intervenções.

2 – Diagnóstico de Enfermagem: Paula (1993) divide o diagnóstico de Enfermagem em três fases, sendo elas:

a – Diagnóstico Situacional – que identifica, através do histórico, as condições em que o cliente se encontra, isto é, se apresenta ou não problema de Enfermagem. Para Paula (1993, p.62), o problema de Enfermagem é definido como situações que surgem através do desequilíbrio das necessidades “presentes, passadas e futuras, identificadas pelo indivíduo que as apresenta (ou que o representa), ou enfermeiro, cuja solução, aporte do necessário, depende de uma relação de ajuda”.

b – Diagnóstico de Natureza - analisa a situação apresentada, formula hipóteses diagnósticas (que são projeções de estados almejavéis, IMAGEM, em relação ao estado que o cliente se encontra, DOMÍNIO) descrevendo as necessidades que podem estar no espaço de necessidades observadas.

c – Diagnóstico de Auto-suficiência e auto-insuficiência – a partir da análise das condições em que o cliente se apresenta e arroladas as necessidades, observamos se o mesmo tem auto-suficiência ou auto-insuficiência para atender as suas necessidades, ou seja, determina a capacidade ou incapacidade do indivíduo para, por si mesmo, atender às suas necessidades.

3 – Plano Assistencial: é a assistência global que o cliente deverá receber, através da análise dos problemas, identificação das necessidades, segundo a natureza e a auto-suficiência ou auto-insuficiência, para a aplicação das funções das necessidades. Paula (1993, p.88) salienta que

“Entende-se que existem funções das necessidades do ser humano e funções da enfermagem. Assim, quando o enfermeiro assiste a uma determinada pessoa o profissional atende as suas próprias necessidades, através das transformações que são produzidas no outro ou sobre um meio. Quando o enfermeiro atende à necessidade do cliente estabelece com este uma relação”.

4 – Plano de cuidados ou Prescrição de Enfermagem: através do diagnóstico de Enfermagem, o enfermeiro determinará a qualidade e a quantidade dos necessários que serão oferecidos ou administrados ao cliente. Tem por objetivo (Paula, 1993, p.96) “implementar estados de equilíbrio, prevenir estados de desequilíbrio, reverter desequilíbrios em equilíbrio. Estas mudanças podem ser feitas pela aplicação de transformações ou funções de necessidades”.

5 – Evolução de Enfermagem: permite uma avaliação da Prescrição de Enfermagem, além de favorecer, a qualquer momento, a comparação dos estados das bases de necessidades passadas com o estado atual. Possibilita acompanhar e comparar as variações da auto-suficiência e auto-insuficiência do cliente no atendimento de suas necessidades, isto é, se houve mudança de estado.

6 – Prognóstico de Enfermagem: está baseado na suficiência e insuficiência do cliente para atender as suas necessidades. Isso quer dizer que se o estado do cliente evoluir para a auto-suficiência, terá um bom prognóstico, caso evolua para a auto-insuficiência, então será mau.

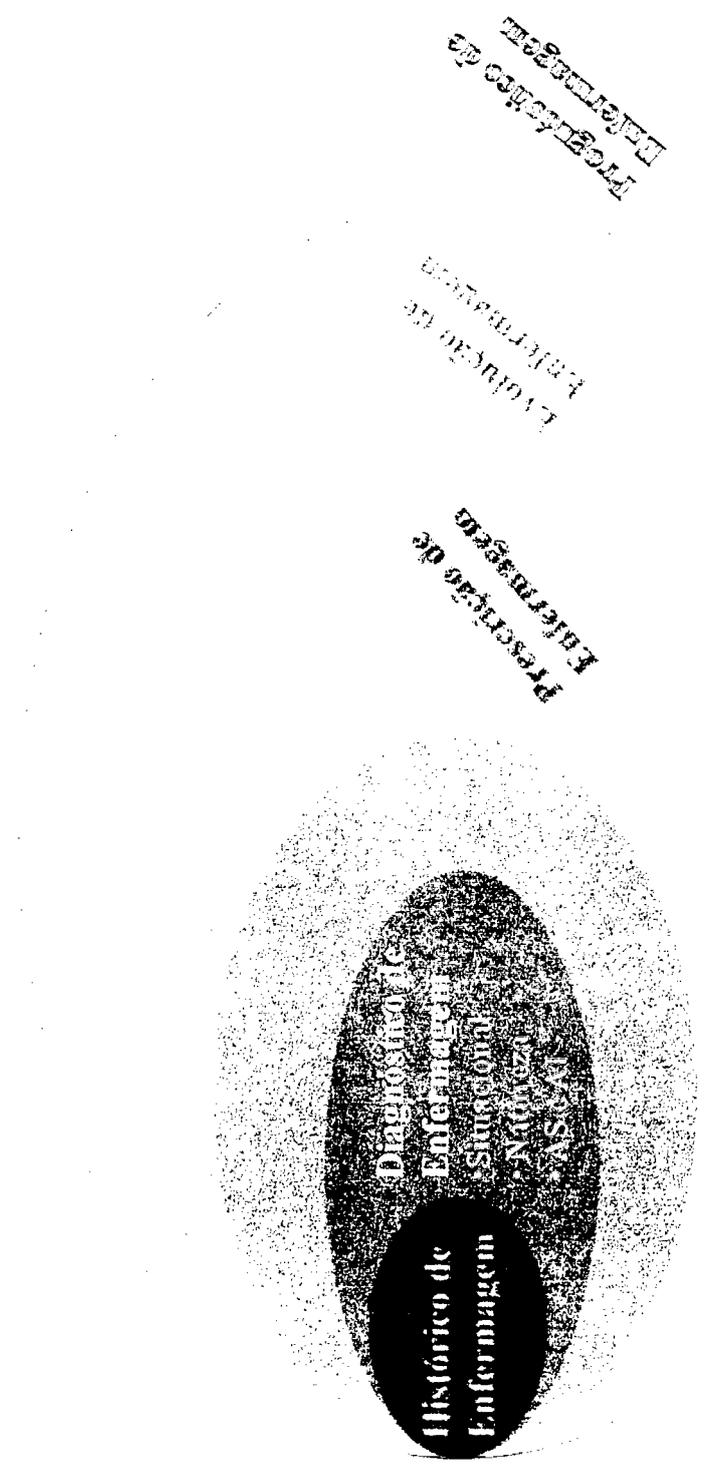


Figura 5 = Representação gráfica das seis etapas do Processo de Enfermagem propostas por Paula (1991).

Conforme evidenciado no início deste capítulo, além de Paula, Travelbee também contribuiu com os seus conhecimentos, referentes à comunicação e relação pessoa-pessoa, para sustentar o desenvolvimento deste trabalho.

Para chegarmos a prestar a assistência de Enfermagem, além de toda a bagagem que trazemos do nosso processo de formação acadêmica, necessitamos de muitas outras ferramentas, como a comunicação, que é indispensável para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro, e uma sensibilidade para percebermos o outro como um ser humano único. Aqui temos uma das premissas básicas de Travelbee (1979), que alicerça o nosso trabalho: consciência de que cada um tem sua subjetividade, que é um ser singular, especial, que merece respeito, dignidade e que não pode ser tratado apenas como mais um que, em determinado momento, necessita de nossos cuidados; estaremos então atuando terapeuticamente.

Estabelecer uma comunicação terapêutica com um cliente psiquiátrico, para que através dela consigamos formar laços de um relacionamento interpessoal, subentende-se um processo contínuo, uma resistência, uma persistência (pois leva algum tempo), um fazer brotar aos poucos a confiança, a segurança, a própria intimidade que floresce quando cada um se expõe e se permite conhecer. A partir do momento em que a confiança se estabelece, e que sabemos que as formas de entendimento, compreensão, percepção e reflexão estão provocando mudanças de comportamento, a assistência estará atingindo seu objetivo. Mas, para que isso ocorra, Travelbee (1979, p.52) coloca que “Una de las características de una relación es que ambos, paciente y enfermera, cambian y modifican su comportamiento. (...) Si uno o ambos participantes no cambian, se supone que no se há establecido una relación”.<sup>9</sup>

No estabelecimento dessa relação interpessoal terapêutica, deve-se fazer presente, também, uma outra premissa de Travelbee (1979), que diz respeito ao conhecimento de que haverá um momento no qual ela será estabelecida, ou seja, a confiança nos permitirá iniciar o caminho e desta forma, utilizaremos de todos os recursos possíveis para obtermos os objetivos propostos.

Travelbee (1979) lembra que se o enfermeiro não observar o seu próprio comportamento e que influência exerce sobre os outros; se não tiver a capacidade ou o

---

<sup>9</sup> Uma das características de uma relação é que ambos, paciente e enfermeira, trocam e modificam seu comportamento. (...) Se um ou ambos participantes não modificarem, supõe-se que não foi estabelecida uma relação.

desejo de investigar sua forma de comunicação ou a maneira como recebe as mensagens das pessoas, será incerto que consiga ajudá-las, já que muitas vezes os problemas surgem da incapacidade de se comunicar e estabelecer relações significativas. A autora coloca também que é responsabilidade do enfermeiro ultrapassar o nível apenas informativo, dirigido unilateralmente, para um tipo de comunicação mais significativa e profunda na qual cada um se sinta livre para conhecer o outro como um indivíduo único.

A habilidade para nos comunicarmos com outros seres humanos, entendê-los e sermos entendidos, constitui numa capacidade interpessoal importante, que se desenvolve geralmente com as transformações do indivíduo através das diversas fases do crescimento e desenvolvimento.

A incapacidade para estabelecer relações significativas com as pessoas resulta em um empobrecimento na personalidade, uma diminuição da sensibilidade e um dano à sociabilidade (Travelbee, 1979).

Podemos aprender novos padrões de comportamento, desde que estejamos em um contexto de comunicação interativa. Aprendemos, de certa forma, a nos comunicar, conhecendo e compartilhando experiências.

O diálogo significativo se caracteriza por uma comunicação recíproca na interação que tem um propósito. O conteúdo da comunicação deve estar orientado para os problemas do aqui e agora. Para isso, escolher o momento oportuno, ou seja, saber quando falar, quando não falar, o que dizer e como dizer, são imprescindíveis, assim como saber ouvir e escutar.

Travelbee (1979) ressalta que os requisitos preliminares que o enfermeiro deve possuir para que ocorra um diálogo significativo são o conhecimento, a habilidade para utilizá-lo em benefício do cliente, a sensibilidade e o sentido da oportunidade na situação interpessoal.

O enfermeiro tem como papel estruturar a interação de tal maneira que o cliente possa se sentir aberto para expor seus problemas, e desta forma poder aproximar-se e assim “será capaz de desenvolver seu potencial humano”<sup>10</sup> (Travelbee, 1979, p.71). Este aproximar-se ultrapassa os papéis de enfermeiro e de cliente; cada participante se relaciona como um ser humano com outro. Para Travelbee, o cliente, como ser humano, se relaciona com a sin -

---

<sup>10</sup> ... será capaz de desenvolver seu potencial humano.

gularidade e humanidade do enfermeiro e este, como ser humano compassivo, conhecedor, dirige a interação de tal maneira que o cliente possa se aproximar experimentando fé e confiança.

Existem fatores que podem afetar a comunicação estabelecida dentro de uma relação pessoa-pessoa. Travelbee apresenta alguns fatores, tais como: as intenções do emissor; o conteúdo da mensagem; o contexto dentro do qual ocorre a comunicação; a forma como a mensagem é transmitida, o efeito da mensagem sobre o receptor; qual o tipo de relação entre o emissor e o receptor. Ressalta ainda que a comunicação também poderá ser influenciada pela cultura, pelos papéis do emissor e receptor, posição, expectativa, entre outros.

Cabe ao enfermeiro estruturar e conduzir o processo de interação, e para isso alguns aspectos importantes relacionados à comunicação são enumerados por Travelbee, tais como: **a importância de estimular o cliente para que verbalize**, pois a partir do momento em que consegue expor ao profissional “el enfermo se capacita para identificar áreas de problemas, enfrentarse a ellos en forma realista, discernir alternativas y probar nuevos patrones de comportamiento”<sup>11</sup> (Travelbee, 1979, p.75); **ajudar o cliente a esclarecer o sentido e a natureza da mensagem que está transmitindo**, interrompendo-o, quando o significado de uma frase ou pergunta não estiver claro; **ajudar o cliente a concentrar a sua atenção**, já que tem dificuldade em permanecer dentro de um mesmo assunto durante um período de tempo, fazendo surgir temas diferentes em curto espaço de tempo. O enfermeiro pode interromper o fluxo da conversa para fazer perguntas e mantê-lo no mesmo tema; **ajudar o cliente a identificar causa e efeito**, isto é, ajudá-lo a identificar o que disse ou fez antes, durante ou depois de uma experiência; e **ajudar o cliente a perceber sua participação na experiência**, compreender que é um ser humano que pensa, sente, promove reações e determina o comportamento em outras pessoas.

A comunicação também está sujeita a sofrer rupturas ou alterações no seu desenvolvimento. Pode ser ocasionada por alguns fatores, conforme discorre Travelbee (1979), que seriam:

---

<sup>11</sup> ...o doente se capacita para identificar áreas de problemas, enfrentá-los de forma realista, discernir alternativas e provar novos padrões de comportamento.

- **Não escutar** – dentro do processo interpessoal, Travelbee ressalta que “o escutar” constitui uma capacidade que vai sendo desenvolvida pelo cliente e aprimorada pelo enfermeiro, e a pessoa que escuta se compromete no intercâmbio interpessoal. Reforça também que escutar é mais do que ouvir, pois reflete um significado ao que está sendo comunicado. A atitude de “não escutar” pode ocorrer devido a uma fala muito primária do cliente, monótona, com tom baixo ou muito prolixo; a antipatia do enfermeiro pelo cliente ou ainda por ter outras preocupações e prioridades que lhe impedem a concentração, ocorrendo, o que muitas vezes é dito, “entra por um ouvido e sai pelo outro”.
- **Falhas na interpretação da mensagem** – o que implica, segundo Travelbee, que a comunicação não ocorrerá se for interpretada incorretamente. Devemos evitar “tomar ao pé da letra” e interpretar literalmente tudo o que escutamos. Importante se faz o conhecimento do cliente e a atenção igualmente para a comunicação não verbal e paraverbal que está presente, além de tentar obter com ele os significados atribuídos à sua fala, que direcionará para uma interpretação correta.
- **Falhas em se concentrar nos problemas do cliente** – que constitui o centro da relação pessoa-pessoa, e, havendo uma falha neste aspecto, a ruptura estará estabelecida. No entanto, segundo Travelbee, a incapacidade para se concentrar no cliente é temporal e diminuirá a partir do desenvolvimento da habilidade e confiança na tarefa de ajudá-lo.
- **Falhas para se manter no tema que se discute** – leva também a uma ruptura da comunicação e uma ação ineficaz da Enfermagem. Quando aparecem problemas, muitas vezes tanto o cliente quanto o enfermeiro procuram desviar a discussão, quando na verdade o objetivo deveria ser ajudá-los a verbalizar e concentrar-se nos seus problemas.
- **Falar demasiado** – se o enfermeiro falar demais, poderá não ser possível identificar, explorar os seus problemas, nem oportunizar o cliente para que ele fale sobre os mesmos. O falar muito, como Travelbee enfatiza, pode resultar do temor que o enfermeiro sente em relação ao silêncio. No entanto, ele pode ser necessário e útil para o cliente, mas é indispensável, tanto para o cliente quanto para o enfermeiro, conhecer o valor desse silêncio que se estabelece nesta relação.

- **Falar pouco** – o não falar suficientemente pode bloquear a comunicação da mesma forma que o falar em demasia. O enfermeiro deve estimular o cliente a se comunicar, dirigindo o seguimento da verbalização e ajudando-o a se concentrar.
- **Inspirar confiança de forma ineficaz** – antes de saber o que é inspirar confiança de forma ineficaz, faz-se necessário saber o que quer dizer inspirar confiança. Relata Travelbee que uma pessoa a quem se inspirou confiança, experimentará estímulo, fé e segurança. Novos caminhos de comunicação poderão ser abertos se o enfermeiro inspirar confiança. Reforça ainda a autora que “Sin la capacidad de preocuparse por y acerca de otra persona no es probable que la enfermera infunda confianza y, mucho menos, que restablezca la seguridad en sí mismo a otro ser humano”<sup>12</sup> (Travelbee, 1979, p. 91). Então, inspirar confiança de forma ineficaz implica em não ajudar o cliente a recuperar o estado de segurança perdido.
- **Conversas, bate-papo estimulantes** – consistem em “conselhos” para inspirar, motivar e estimular o cliente para que se “reorganize”. No entanto, não são úteis, significativos e nem auxiliam os clientes, pois impedem que analise os problemas tal como os percebe, aumentando o sentimento de abandono, solidão e desespero.
- **Adaptação imperfeita das técnicas de comunicação** – a incapacidade que o enfermeiro tem para adaptar ou modificar as formas como se comunica com o cliente é mais um fator de ruptura, que pode bloquear o processo interpessoal.

A partir do momento em que resolvemos estabelecer um relacionamento interpessoal, o compromisso emocional (cognitivo e afetivo) deverá permeá-lo. Travelbee (1979, p.42) vê o compromisso emocional como o que “requiere conocimiento, introspección y autodisciplina de parte de la enfermera; pero también requiere que ella posea la franqueza y libertad necesarias para revelarse como un ser humano a otro; principalmente, al paciente”.<sup>13</sup> No entanto, sabemos que, muitas vezes, ou porque não dizer, na maioria das vezes, optamos por não nos comprometermos emocionalmente com a pessoa a quem estamos prestando cuidados, para que não venhamos a demonstrar sentimentos, que de certa forma, poderão nos proporcionar prazer ou desprazer, e assim pensarmos que não

---

<sup>12</sup> Sem a capacidade de se preocupar e por e com outra pessoa, não é possível que a enfermeira imponha confiança e, muito menos, que restabeleça a segurança em si mesma e a outro ser humano.

<sup>13</sup> ... requer conhecimento, introspecção e autodisciplina por parte da enfermeira, porém também requer que ela possua franqueza e liberdade necessárias para se revelar como um ser humano a outro; principalmente ao paciente.

estaremos agindo terapêuticamente. Estaremos, muito pelo contrário, percebendo o outro como um ser humano único e propiciando também o nosso crescimento como tal..

A aceitação do outro, do cliente, é mais um conceito que estará presente dentro da relação pessoa-pessoa. Sabemos que a aceitação é imediata para com as pessoas que atendem as nossas necessidades e, da mesma forma, não aceitamos, em um primeiro momento, as pessoas que percebemos não estarem capacitadas para nos satisfazer. Junto ao cliente psiquiátrico isto ocorre igualmente. Normalmente nossa atitude está em aceitar aquele que nos obedece e repelimos aqueles cujos comportamentos não nos satisfazem, usando, em alguns momentos, atitudes não condizentes com a nossa profissão. O correto seria, como profere Travelbee, que o enfermeiro procurasse ajuda para resolver esse problema, reconhecendo que é um ser humano e reage como um ser humano. Aborda a autora, ainda com muita pertinência, que

“En realidad, las enfermeras no aceptan a los pacientes tal como ellos son. Ellas se esfuerzan constantemente por efectuar cambios en la condición del paciente y realizan actividades orientadas a provocarlos. Después de identificar los problemas de comportamiento, la enfermera trata, a través de una intervención planificada, de efectuar un cambio hacia la recuperación social”<sup>14</sup> (1979, p.46).

A atitude de julgamento também aparece na relação enfermeiro-cliente. Dizer que não fazemos julgamento em relação às pessoas não é verdadeiro, muito menos quando se relacionado a um cliente. Julgamos, de alguma forma, no entanto, precisamos ter consciência e saber a razão porque estamos julgando e assim “poder intervenir con eficacia”<sup>15</sup> (Travelbee, 1979, p.46).

Outro aspecto, também importante, na relação pessoa-pessoa, é a objetividade. Essa objetividade, entretanto, não deverá ser permeada, como coloca Travelbee, por um rosto inexpressivo, indiferente, em que o enfermeiro simplesmente executa suas atividades, esquecendo-se que as expressões não verbais podem ser princípios que favorecerão o estabelecimento e a manutenção de uma relação. Essas expressões traduzem, em muito, o calor, a confiança, a segurança, o contato que procuramos estabelecer com outra pessoa. A

---

<sup>14</sup> Na realidade, as enfermeiras não aceitam os pacientes tal como eles são. Elas se esforçam constantemente por efetuar mudanças na condição do paciente e realizam atividades orientadas para provocá-los. Depois de identificar os problemas de comportamento, a enfermeira trata, através de uma assistência planejada, de realizar uma mudança para a recuperação social.

<sup>15</sup> .. poder intervir com eficiência.

objetividade implica na capacidade de observar o que realmente esteja ocorrendo, mas não implica que as nossas emoções e sentimentos não devam ser expressados.

Ter incorporado, desenvolvido e aprimorado essa ferramenta, que é a comunicação, favorecerá o nosso objetivo maior, que é o de estabelecer uma relação pessoa-pessoa com o cliente, com esse ser humano único. A partir do momento em que firmamos essa relação, Travelbee (1979, p.53) ressalta que, como resultado,

“la enfermera comprende lo poco que sabe, lo mucho que debe aprender y cuán amplia es la distancia entre los dos. La enfermera aprende a respetar y a apreciar la singularidad del paciente individual. Se da cuenta de una manera concreta que el paciente no es el título de una enfermedad; cada paciente es un ser humano pleno, un ser humano que no se acomoda fácilmente al molde de un diagnóstico”.<sup>16</sup>

Apresenta-se, a seguir, a elaboração dos conceitos que se fizeram presentes neste estudo. São eles:

**ENFERMAGEM:** Constitui-se, para este estudo, na organização de um processo contínuo de ensino-aprendizagem, tendo como foco a promoção, prevenção, diagnóstico e intervenção, através do assistir/cuidar o ser humano no atendimento de suas **necessidades humanas básicas**.

**ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA:** É um processo interpessoal, podendo envolver enfermeiro/cliente, enfermeiro/família, enfermeiro/comunidade, direcionado à promoção da saúde mental, prevenindo assim a eclosão de um transtorno mental, e também assisti-lo através do atendimento das **necessidades humanas básicas**.

**ENFERMEIRO:** Um ser humano único que busca interagir e compartilhar as experiências vividas, através de uma relação interpessoal, com outro ser humano único, neste caso o cliente psiquiátrico, utilizando-se dos seus conhecimentos, capacidades, possibilidades, potencialidades, interesse, envolvimento, atenção, respeito, confiança, segurança, humanidade, amor, oferecendo os **necessários** que possibilitarão o atendimento às **necessidades humanas básicas**.

**CLIENTE:** Aqui representado pelo cliente psiquiátrico, ser humano único, com sua identidade preservada e respeitada, que tem a possibilidade de participar, que experiencia

---

<sup>16</sup> ... a enfermeira compreende o pouco que sabe, o muito que deve aprender e quanto ampla é a distância entre os dois. A enfermeira aprende a respeitar e a apreciar a singularidade individual do paciente. Se dá conta de uma maneira concreta que o paciente não é o título de uma doença; cada paciente é um ser humano, pleno, um ser humano que não se acomoda facilmente ao modelo de um diagnóstico.

um transtorno mental e que busca o atendimento das suas **necessidades humanas básicas**, através do estabelecimento de uma relação interpessoal.

COMUNICAÇÃO: É ela que abre as portas e nos direciona para o estabelecimento de uma relação pessoa-pessoa, sendo assim terapêutica. É através da comunicação (verbal, não-verbal, paraverbal) que permitimos um ao outro perceber quem somos, como estamos, levando a um investir, um persistir, um resistir, um compartilhar de momentos, de situações, que possam provocar transformações, levando-nos à possibilidade de uma vida saudável e feliz, através do atendimento das **necessidades humanas básicas**.

RELAÇÃO PESSOA-PESSOA: É uma interação atribuída aqui entre o enfermeiro-cliente psiquiátrico, dois seres humanos únicos, singulares. A mesma deve ser conquistada, ser a mais aberta possível, respeitosa, confiante, que transmita credibilidade, que esses sujeitos, seres participantes ativos, sejam percebidos, sentidos como seres distintos e que alcancem os objetivos propostos, ou seja, que provoque mudanças através do atendimento das **necessidades humanas básicas**.

Esse conjunto de conceitos, que está interligado no desenvolvimento deste trabalho, encontra-se a seguir representado.



Não poderia deixar, neste trabalho, de fazer um resgate da importância da ética para a prática da psiquiatria, que é extremamente imprescindível. Procurei fazer com que os princípios da ética humana e os preceitos do nosso Código de Ética substanciassem a cada dia o desenvolvimento deste estudo. Estiveram sempre presentes as medidas que assegurassem a proteção, a privacidade, o anonimato, o sigilo, a imagem e auto-imagem, a segurança, a dignidade, o bem estar e, sobretudo, o respeito ao ser humano.

A ética já apareceu antes mesmo das legislações do século XIX. Havia a preocupação sobre o tratamento dos “loucos” e como a sociedade, que era representada por médicos, magistrados e policiais, administrava a loucura, os seus riscos e extravagâncias. A partir do momento em que a doença alterava ou destruía a capacidade de decisão de uma pessoa, surgia o problema de reconhecer esta existência, sem, no entanto, deixar de reconhecer, no outro, os direitos como pessoa (Pélicier, 1997). Esse autor enfatiza, então, que “É aí, sem dúvida, que reside o problema crucial da ética em psiquiatria, de onde procedem todos os outros” (p.25).

A decisão ética surge de uma escolha existencial que ocorre entre a consciência daquilo que eu sou e daquilo que devo ser. Esta decisão que recorre aos atributos ontológicos – liberdade, responsabilidade, vontade, autenticidade, afetividade, verdade, espiritualidade – decorre da intersecção dos afetos, da razão e da alma, atribuindo transcendência ao saber ético (Cotovio, 1997).

Pitta (1996, p. 104) aborda a ética da escuta, referindo-se “ao ato psicológico de poder abrir-se para entender e verdadeiramente escutar códigos nem sempre claros ou precisos de pessoas cujo apelo ao ‘escuta-me’ deveria de imediato determinar um ato psicológico da vontade de não se fazer diferente”. Mas como está esta ética em nossa prática?

No campo da Psiquiatria e Saúde Mental, as suas especificidades condicionam questões éticas quanto a avaliações de diagnósticos, tratamentos biológicos e psicoterapêuticos, exames médico-legais. Isto propõe problemas éticos concretos como: definição de normalidade e anormalidade, competência e negligência, respeito e manipulação na relação, confidencialidade e privacidade, direito e recusa ao tratamento, consentimento informado e competência para consentir, internamento e tratamento compulsivo, critérios para interdição, incapacitação, imputabilidade e inimputabilidade.

Existe uma quantidade de problemas éticos que se apresentam à psiquiatria, mas admite-se que as respostas nem sempre existem.

As conquistas sociais e culturais exprimem-se no movimento a favor dos direitos dos doentes, na rejeição de formas de tratamento cruel e degradante. Nem sempre o doente está em condições de exprimir a sua concordância com as medidas terapêuticas utilizadas, mas a tendência é limitar as condições para tratamento coercitivo, e levar em consideração a sua aplicação. Também se tem dado ênfase à necessidade de respeitar os valores do doente (cidadania) e de não interferir nas suas decisões. No entanto, penso que não devo interferir em suas decisões, se anteriormente tiver proporcionado subsídios para essa sua atitude, através de orientações, esclarecimentos relacionados ao transtorno mental que no momento está experienciando.

A ética, hoje, como sublinha Gelain (1995, p.15), “centra-se na pessoa com a valorização da conscientização para a conquista dos direitos e valores da cidadania, como responsabilidade ética”, o que se exprime nos movimentos de desinstitucionalização do doente mental e da reforma psiquiátrica. Frente a isso, torna-se possível garantir a dignidade ao cliente que está experienciando um sofrimento mental.

Contudo, é de conhecimento que o rótulo social ou estigma de “doente mental” funciona como fator quase anulador de defesa dos próprios direitos. Não é o excesso de regulamentação e leis que resolve os problemas éticos que se apresentam em psiquiatria, nem também, e apenas, as listas de direitos. Sendo, pois, a pessoa, um ser relacional e comunitário, torna-se imprescindível que a ética psiquiátrica envolva dimensões sociais e solidárias.

Gostaria de encerrar com a reflexão de Lacan citado por Cavalcanti (1996, p.80), “ético é não trair o próprio desejo”.

Aqui foram abordados conceitos e proposições, que serviram de alicerce para que eu pudesse me aventurar nesse desafio, que é o **Percorrendo o caminho...**, próximo capítulo no qual apresentarei o meu trajeto, os personagens (seres humanos únicos) que se fizeram presentes e até onde me foi possível chegar.

## **Capítulo 4**

---

### **IMPLEMENTAÇÃO DO MARCO**

---

#### **PERCORRENDO O CAMINHO...**

“ O louco, a meu ver, foi um indivíduo que entrou na ponta do arco-íris e ainda não saiu do outro lado. Quando ele chegar à outra extremidade, terá sofrido uma transmutação. Será outra pessoa. A vida é como entrar no arco-íris... a cada passo estará despontando dentro de cada pessoa, um ser... imanente... e transcendente... na viagem eterna do espírito imortal...”

Eliezer C. Mendes (1997, p. 126)

Este trabalho é um estudo de caso, e partiu do desenvolvimento de uma disciplina do Curso de Mestrado – “Prática Assistencial”, que foi realizada em uma Unidade de Internação de uma Instituição Psiquiátrica do Estado de Santa Catarina, onde permaneci do dia 29 de abril a 27 de junho de 1997, de segunda a sexta feira, no período matutino (8:00 – 11:30 h), tempo previsto para essa disciplina.

Ao iniciar o estudo, solicitei permissão, por escrito, à Chefia de Enfermagem da Instituição, que a encaminhou para a Direção Geral, sendo concedida após alguns encontros.

Tenho conhecimento desta Instituição há aproximadamente 20 anos e relação mais direta há 03 anos, pois desenvolvo com os alunos as atividades teórico- práticas da disciplina de Enfermagem psiquiátrica.

Escolhi para desenvolver este estudo uma unidade, cujos clientes internados são do sexo masculino e considerados crônicos. Por que crônicos? Porque o crônico é o “mais abandonado”, porque significa o maior desafio, porque seu estado se prolongou, quem sabe, porque nós não soubemos entendê-lo. Talvez, através da atenção às necessidades contrárias, possa- se saber o que lhe está faltando.

A proposta básica desenvolvida com esses clientes foi o atendimento aos cuidados básicos, incluindo alimentação, higiene e terapia medicamentosa.

A Unidade possui oitenta e sete leitos e ocupação de oitenta e cinco, sendo assim distribuídos: um quarto com 12 leitos, dois com 10, um com 08, quatro com 06, quatro com 05 e um com 03 leitos. Tem também um banheiro com 5 pias e 7 vasos sanitários, com interpondo a separação entre eles, porém sem portas (impedindo a privacidade), 01 banheiro com 02 pias e 06 chuveiros sendo sua separação igual ao já mencionado anteriormente; uma rouparia; um refeitório; um posto de Enfermagem; um consultório

médico; uma sala de lanches para funcionários; um banheiro para funcionários; uma sala para visitas de familiares e uma sala para o desenvolvimento de atividades de terapia ocupacional. Existem duas portas laterais, uma em cada final do corredor da Unidade, que permanecem fechadas; uma porta que dá entrada à Unidade; e uma porta no refeitório, que dá acesso ao pátio externo localizado aos fundos da Unidade.

A equipe que atua nesta Unidade é composta de 3 médicos psiquiatras, 1 enfermeiro, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 14 funcionários da Enfermagem, 3 funcionários responsáveis pela limpeza e outros 2 pela distribuição das refeições.

As rotinas que existem na Unidade são:

- Medicação: 8:00 / 14:00 / 20:00 e 12:00 h (medicamentos clínicos);
- Refeições: Café: 7:00 h; Almoço: 10:30 h; Café da tarde: 14:00 h; Janta: 16:30 h; Lanche noturno: 20:00 h.
- Banho: Após o horário do jantar
- Grupo de higiene: Corte de barba e unhas realizado uma vez por semana, sendo que cada funcionário é responsável por um grupo de clientes.
- Limpeza geral da Unidade: Todos os dias pela manhã.

Iniciou-se, no mês de maio, um “Projeto de quartos melhorados” (PQM), no qual através de avaliação do enfermeiro e assistente social, junto com funcionários, 30 clientes foram “separados”, teoricamente, dos outros clientes, ocupando um lado da Unidade, separado por um portão que foi colocado no corredor somente para limitar o trânsito, pois o contato entre eles ocorre da mesma forma. Os quartos são mais espaçosos e ocupados por um número menor de clientes. Eles são responsáveis pela arrumação de suas camas e limpeza dos quartos. Usam roupas “comuns”, isto é, não uniformes da instituição (nem todos ainda). O propósito é de que esse lado passe a ser um Centro de Convivência, onde os clientes reaprendam os cuidados higiênicos básicos, exerçam atividades da vida diária, resgatem sua identidade e recuperem sua cidadania, dentro das possibilidades e condições que lhes são oferecidas.

São realizadas reuniões (assembléias) coordenadas pelo enfermeiro e assistente social, com a participação de parte dos clientes, registrada em Livro ata, variando os assuntos desde informações gerais, colocações dos clientes sobre problemas que têm ocorrido,

rodízio dos responsáveis pela limpeza dos quartos, cobrança sobre a execução de tarefas para as quais se responsabilizaram, entre outros.

Após verificar todos os prontuários, manter contato com os clientes e com alguns participantes da equipe, que indicaram clientes que estavam sempre sozinhos, e sendo talvez interessante desenvolver em meu estudo, optei por prestar assistência aos clientes MURIEL e URIEL (nomes fictícios).

Já havia mantido contato anterior com esses clientes, assim como com muitos outros, mas uma vez tomada a decisão, procedi minha apresentação de forma mais direcionada a fim de cumprir meu objetivo. Apresentei-me ao MURIEL e ao URIEL, em momentos diferentes, repetindo meu nome, quem era e porquê cheguei àquela Unidade. Tentei explicar, usando uma linguagem acessível, sobre o meu estudo, questionando o que eles pensavam sobre participar comigo deste momento. A primeiro resposta foi *acho bom*, de MURIEL, e um *quero*, de URIEL.

*Pensei – Será que já despertei confiança e segurança em tão pouco tempo ou será o desejo de atenção, afeto, que estão sempre a procurar? Ou ainda em pensar, oh! alguém me vê e quer falar comigo!*

No dia seguinte, ao estar com MURIEL e URIEL, tentei resgatar nossa conversa do dia anterior, verificando também como estava a necessidade Orientação. Lembraram corretamente o que havíamos conversado e reforçaram o desejo de estarem comigo. Percebi então que a relação poderia estar sendo estabelecida.

Quem é o cliente **MURIEL**?

MURIEL nasceu em 5 de novembro de 1945 em Jaborá – SC. Tem 53 anos, solteiro, instrução primária e foi agricultor. Descendência italiana, tem olhos azuis, cabelos grisalhos, medindo em torno de 1.80 cm e aproximadamente 90 Kg.

Sua primeira internação, aos 27 anos, data de 19 de junho de 1973. Sua doença teve início insidioso. Apresentava intensa heteroagressividade, tentou matar sua mãe. Reclamava que as pessoas sempre o caluniavam. Foi trazido devido à intensa agressividade. Os sintomas que apresentava eram: riscos para os outros, hiperatividade, agitação, irritabilidade e idéias delirantes. Não continuou os estudos, pois necessitava trabalhar na lavoura. Teve como diagnóstico médico “esquizofrenia paranóide” e recebeu alta em 26 de outubro de 1973.

A sua segunda internação ocorreu em 27 de fevereiro de 1974 e alta em 12 de agosto de 1975; a terceira, em 20 de outubro de 1975 e alta em 26 de setembro de 1977; a quarta em 3 de dezembro de 1980 e alta em 7 de agosto de 1982; na quinta internação, constam duas datas, 14 de março de 1983 e alta em 4 de novembro de 1983 ou 19 de março de 1983 e alta em 6 de novembro de 1983; sexta internação, em 23 de novembro de 1983 e alta em 17 de maio de 1984 ou 20 de maio de 1984 (as duas datas estão registradas) e a sétima e última internação, aos 39 anos em 14 de dezembro de 1984, sem alta até o presente momento. No Anexo 2 apresenta-se a síntese de todas as internações deste cliente.

As últimas evoluções registradas no prontuário pelos profissionais são as seguintes:

- 10 de outubro de 1995: *Veio ao hospital o Sr. L. refere que conhece o paciente há 25 anos, é amigo dos familiares. Diz que os familiares são carentes de recursos.*
- 22 de agosto de 1996: *Paciente crônico, joga dominó durante o dia, não participa de outras atividades. Muito parado.*
- 21 de novembro de 1996: *Não refere mais dor dorsal, permanece negativista. Em fisioterapia.*
- 13 de maio de 1997: *Paciente psicótico crônico, com predomínio de sintomas negativos.*
- 20 de junho de 1997: *Paciente com desvio importante de coluna, osteofitose e grande limitação funcional. Solicito avaliação ortopedia. Já foi feita em 14.10.96 e fisioterapia.*
- 24 de junho de 1997: *Paciente apresentando limitação funcional em MMSS/MMII e tronco, escoliose de convexidade à direita; refere dor à mobilização passiva; severa retração dos músculos flexores quadril (bilateral). Ao RX - coluna em bambu, retificação da coluna lombar, acentuada cifose, impossibilidade à postura prono.*

Conforme registros encontrados no seu prontuário, sua terapêutica medicamentosa em 1988 era Neozine, Haldol, Fenegan, Valium, Carbolitum e Voltarem. Em junho/97, continuava com os medicamentos Haldol, Neozine e Fenegan, acrescentado de Akineton.

O cliente está, há muitos anos, sem manter qualquer contato com seu núcleo familiar. Seus pais são falecidos e sua família é composta de 7 irmãos, sendo 4 homens e 3 mulheres. MURIEL é o terceiro filho nascido.

Seu quarto é constituído por 12 leitos. Permanece a maior parte de seu tempo sentado, em sua cama ou nos bancos que estão dispostos no pátio da Unidade, com a cabeça fletida, olhos direcionados ao chão e sozinho. Participa apenas do grupo de chimarrão, que é coordenado pela terapeuta ocupacional, duas vezes na semana, no período da manhã, quando convidado.

#### Quem é o **URIEL**?

URIEL nasceu em 2 de novembro de 1946 em Florianópolis – SC. Tem 52 anos, solteiro, instrução primária e foi policial militar. Tem cabelos castanhos, olhos castanhos, medindo em torno de 1.65 cm e aproximadamente 60 kg.

Sua primeira internação, aos 27 anos, data de 17 de janeiro de 1974. Sua doença teve início insidioso. Foi encaminhado pelo Departamento Autônomo de Saúde Pública (DASP), tendo como queixas a tendência ao isolamento, negativismo, mutismo, recusa alimentar. A mãe informou que há um mês ele começou a apresentar alterações de conduta, tornando-se “esquisito”, queria ficar isolado, e em alguns momentos ficava irritado e respondia agressivamente. Com o passar dos dias procurou ficar isolado, em mutismo e recusando-se a se alimentar (sitiergia). Ingeria só líquidos e mesmo assim com dificuldade devido a “trincar” os dentes, denotando sua atitude negativista. Ao exame psíquico, apresentou-se em mutismo, “fácies cérea”, atitude de estátua, negativista, não respondeu quando solicitado. Apresentava “focinho catatônico” e alterações de instintos, urinando nas calças. Teve como diagnóstico médico “esquizofrenia catatônica” e recebeu alta em 23 de agosto de 1974.

A sua segunda internação ocorreu em 19 de outubro de 1976 e alta em 22 de dezembro de 1976; a terceira em 17 de março de 1977 e alta em 4 de janeiro de 1979; a quarta em 24 de maio de 1979 e alta em 9 de agosto de 1979; a quinta em 27 de novembro de 1979 e alta em 25 de fevereiro de 1980 e a sexta e última internação, aos 33 anos, em 24 de maio de 1980, permanecendo internado até o presente momento.

Nesta última internação foi conduzido pela polícia, com encaminhamento do DASP. Vivia na dependência da mãe idosa, com problemática social e reagudização do quadro psicótico. Seu diagnóstico médico foi “esquizofrenia simples”, que permanece até hoje. No Anexo 3 apresenta-se a síntese de todas as internações deste cliente.

As últimas evoluções registradas no prontuário, pelos profissionais, são as seguintes:

- Setembro de 1993: *Tem sido realizado contato com o paciente, não mostra diálogo coerente, está sendo estimulado pelo terapeuta.*
- 21 de agosto de 1996: *edema na perna. Conduta: assepsia, higienização.*
- 20 de novembro de 1996: *Tranquilo, auto-cuidado regular, costuma cantar perto do posto de enfermagem.*
- 14 de janeiro de 1997: *Permanece com as mesmas alterações.*
- 8 de maio de 1997: *Enviaremos convite para a próxima reunião de familiares e Serviço social.*

URIEL trabalhou como policial durante 9 meses (sic). Sua doença teve início nesse período, teve que dar “baixa”; conforme anotação no prontuário, em 11 de novembro de 1996: *Estão solicitando junto ao INSS benefício especial e foi encaminhado ao médico assistente o preenchimento do laudo de avaliação.* Até 1997 não constava mais nenhuma informação a esse respeito.

Conforme registros encontrados em seu prontuário, sua terapêutica medicamentosa em 1987 era Haldol, Fenegan, Akineton e Voltarem. Em junho/97, Haldol e Fenegan, acrescido do Amplictil.

Seus pais são falecidos e sua família é composta de 6 irmãos, sendo 5 mulheres e 1 homem. URIEL é o penúltimo filho nascido. Recebe visita de duas tias, mas não mantém contato com suas irmãs há alguns anos.

Na Unidade ocupa um quarto com 06 leitos. Comparece às reuniões que são realizadas, mas com quase nenhuma participação efetiva. Auxilia as funcionárias na limpeza da Unidade e em troca recebe um pacote de fumo ou maço de cigarros. Poderíamos chamar isso de pagamento pelo seu trabalho?

Às vezes está presente no grupo de chimarrão, se for estimulado. Permanece a maior parte do seu tempo, após auxiliar na limpeza, ou caminhando de um lado para o outro, no corredor interno da Unidade, ou deitado em sua cama todo “tapado” com cobertor. Sua cama está sempre com sujeira, igualmente ao chão do lado direito de sua cama, mesmo havendo lixeiro próximo.

Esta é uma visão suscita de como são MURIEL e URIEL, os clientes por mim escolhidos e de acordo com eles, dentro da relação pessoa-pessoa que estabelecemos, para participarem deste estudo.

Assim, inicio colocando em prática o meu primeiro objetivo, que é **prestar assistência de Enfermagem a dois clientes internados com transtornos psiquiátricos, utilizando o Marco Referencial e o Processo de Enfermagem de Paula (1991, 1993).**

Foram, então, realizadas, com MURIEL e URIEL, trinta (30) Consultas de Enfermagem com cada um, através do contato diário entre enfermeiro e cliente, que obedece a um dos pressupostos de Travelbee (1979, p.49) que é “El establecimiento, mantenimiento y terminación de la relación de persona a persona...”.<sup>17</sup> Os diálogos foram transcritos, após cada encontro, na forma de entrevista (Histórico de Enfermagem). Sei que não foi possível absorver todos os detalhes dos encontros, em virtude de priorizar alguns registros, já que não foi utilizada nenhuma forma de registro formal nos momentos em que interagimos. Para ilustrar, é apresentada, no Anexo 4, uma das entrevistas realizadas com cada um dos clientes.

O número de consultas foi estipulado em decorrência do tempo que tinha para desenvolver a disciplina Prática Assistencial. Como mencionado anteriormente, permanecia na Unidade das 8:00 às 11:30 h, de segunda a sexta feira. A observação participante também se fazia presente, pois me envolvia em atividades desenvolvidas na Unidade, integrada ao grupo como um todo.

Ao chegar na Unidade, pela manhã, lia o Livro de Ocorrências para tomar conhecimento de situações que poderiam ter ocorrido com os clientes e, mais especificamente com MURIEL e URIEL, no período em que eu não estava presente, com o intuito de obter informações importantes para a assistência de enfermagem que estava prestando. No prontuário, poucas são as anotações, evoluções, desta forma ele foi mais utilizado somente para obter os dados da história dos clientes.

Os nossos encontros, que resultavam nas consultas de Enfermagem, e desta forma na elaboração do Histórico de Enfermagem, ocorriam diariamente, o que já era esperado por mim e por ambos os clientes. No entanto, o horário dependia de como se encontrava o cliente a cada dia, isto é, algumas vezes, principalmente URIEL, estava auxiliando na limpeza da Unidade no início da manhã, dificultando então o nosso contato neste momento. Com MURIEL, a “disponibilidade” se dava durante toda a manhã. Quanto ao local, nossa interação ocorria onde o cliente assim o preferisse,

---

<sup>17</sup> O establecimiento, manutenção e término da relação pessoa-pessoa...

desde o seu quarto, banco do jardim, sala da terapia ocupacional, fazendo caminhadas pelo pátio, corredor da Unidade, refeitório, banheiro.

A partir do Histórico de Enfermagem (primeira etapa), apliquei as demais fases do Processo de Enfermagem com os dois clientes. Neste estudo o Processo foi constituído pelo Diagnóstico Situacional (problemas identificados através do Histórico de enfermagem), Diagnóstico de Natureza (necessidades), Diagnóstico de Auto-suficiência e auto-insuficiência, Prescrição e Evolução/Prognóstico. No Diagnóstico de Natureza, procurei identificar, dentro das possibilidades, a(s) necessidade (s) causal (is), que é a primeira que se altera e que se inter-relaciona com as demais, que são as necessidades decorrentes, de acordo com Volpato (1988).

A seguir encontram-se os Processos de Enfermagem, na visão biocular, dos clientes MURIEL e URIEL

## CLIENTE MURIEL

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
<p>Desde 1984 não saiu mais da instituição – 13 anos de internação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gregária</li> <li>- Criatividade</li> <li>- Ambiente</li> <li>- Estima</li> <li>- Sexualidade</li> <li>- Liberdade</li> <li>- Espaço</li> <li>- Regulação</li> <li>- Terapêutica</li> </ul>	<p style="text-align: center;">AI ⇒ AS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como o Sr. tem se sentido aqui no Hospital?</li> <li>- O que o Sr. acha desse hospital?</li> <li>- Como é o seu tratamento aqui?</li> <li>- O que é oferecido para o Sr. fazer aqui?</li> <li>- O que o Sr. tem feito durante este tempo que permanece aqui?</li> <li>- Com quais as pessoas que o Sr. conversa aqui?</li> <li>- Que tipo de atividade costumava fazer antes de vir para o Hospital?</li> <li>- O que gostaria de fazer aqui no Hospital?</li> <li>- Como o Sr. se sente no quarto que ocupa com outros clientes?</li> <li>- O Sr. sabe o nome dos outros clientes que ocupam o quarto com o Sr.?</li> <li>- O que sua família pensa da sua internação?</li> <li>- O Sr. recebe visitas?</li> <li>- Quais são as pessoas que lhe fazem visitas?</li> <li>- O Sr. tem notícias de seus familiares?</li> </ul>
<p><b>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</b> O cliente mencionou que se sentia bem no hospital. Não expressou desejo de sair da instituição. Não se relaciona com outros clientes, permanecendo a maior parte do seu tempo em seu quarto ou jardim da Unidade, mas sempre sozinho. Não participava das atividades oferecidas como limpeza, caminhadas, capinagem e auxílio no refeitório. Disse que queria <i>jogar dominó, baralho, canastra, pife, desenhar, fazer bandeirinha</i>. Ao ser convidado e estimulado, participava do grupo de chimarrão, jogos de baralho, dominó com outros clientes e atividades individuais como copiar palavras, desenhos e execução de contas simples de matemática. Quando estava em casa, trabalhava na roça, plantando milho, arroz, feijão e batata, dizendo que plantavam <i>para comer</i>. Participou da atividade de tapeçaria, que existiu há alguns anos atrás na Unidade, o que não foi possível sua confirmação quando lhe perguntamos sobre isso. Sem estímulos, o cliente não tinha iniciati-</p>			

va, retornando ao seu quarto ou jardim. No entanto, no momento em que a atividade ia se desenvolvendo, ele participava, integrando-se com os outros clientes. MURIEL disse sentir saudades; que não recebia visitas e não sabia de seus familiares. Não tem mantido contato com familiares há algum tempo. Há quase três anos, o assistente social manteve contato com pessoa conhecida do cliente, que esteve na instituição acompanhando outro cliente, e que relatou ser sua família carente de recursos. Não manteve contato com MURIEL. Não existe mais qualquer contato com os familiares. O relato nos sugere que as necessidades Gregária (família) e Criatividade (recursos) são as necessidades causais frente ao seu período de internação. No momento, o cliente apresenta-se no estado AI para as necessidades Gregária e Criatividade, tendo um **mau prognóstico**, mas o que nos leva a “crer” é que estas necessidades poderiam atingir o estado de AS se MURIEL contasse com o estímulo da equipe e família. Para a necessidade Estima (instituição) está AS, portanto **bom prognóstico**. Em relação às demais necessidades, continuam sobre a forma de hipóteses, pois faltam dados para procedermos sua evolução.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
<p>Permanece sentado, com a cabeça fletida e olhos direcionados ao chão (só modificando esta posição para alimentar-se, ir ao banheiro ou quando estimulado para alguma atividade) e disse <i>não converso, não sei conversar</i>, não sabe quando veio para a instituição, não sabe escrever, não sabe desenhar, não sabe ler.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estima</li> <li>- Gregária</li> <li>- Comunicação</li> <li>- Aceitação</li> <li>- Participação</li> <li>- Aprendizagem</li> <li>- Orientação tempo e espaço</li> <li>- Auto-imagem</li> </ul>	<p>AI ⇒ AS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como o Sr. se sente permanecendo tanto tempo sentado desta forma?</li> <li>- O que leva o Sr. a dizer que não sabe conversar?</li> <li>- Com quem o Sr. conversa aqui na Unidade?</li> <li>- O que o Sr. costuma fazer aqui?</li> <li>- Antes de o Sr. se internar, com quem o Sr. costumava conversar?</li> <li>- Tem algum assunto que o Sr. tenha interesse em conversar?</li> <li>- Convidá-lo a participar das atividades em grupo.</li> <li>- Oferecer momentos de contatos individuais.</li> <li>- Orientá-lo quanto à data em que foi internado e o tempo em que se encontra hospitalizado.</li> <li>- Perguntar o mês, dia do mês e da semana, todos os dias.</li> <li>- Orientar para que olhe o calendário, que está afixado no corredor, todos os dias.</li> <li>- Orientar para que pergunte o nome dos outros clientes.</li> <li>- Diariamente perguntar a ele o meu nome e quem sou.</li> <li>- Providenciar folhas, canetas, revistas, estimulando, ensinando e orientando para o desenho, a escrita e a leitura.</li> </ul>
<p><u>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</u> MURIEL apresentou essa situação em muitos momentos. Quando convidado participava dos jogos, mostrando conhecimento das regras, seja através da comunicação verbal ou do uso dos códigos simbólicos. Fora da atividade, não conversava com ninguém. Sentava só ou próximo de alguém, mas mantendo a mesma postura. Não manteve contato com funcionários (durante o momento em que eu estava presente). Disse que conversava com seu pai e sua mãe quando estava em casa. MURIEL apresentou iniciativa em alguns momentos dos nossos encontros, tais como: <i>Essa eu não sei.</i> (Ao escrever o abecedário, quando</p>			

chegou na letra j, assim falou.); *E o cento e dez como é?* (Perguntou ao escrever os números); *Quero uma revista; You fazer uma casa.* (Estava fazendo desenhos); *Quero fazer conta, mas não sei, não aprendi.; Tu aperta fraco.* (Disse ao apertar a minha mão quando nos despedimos.); *Cortou com a faca?* (perguntou quando me viu mexendo em meu dedo que estava machucado.); *Que horas são? Sete horas?; Passa ligeiro as horas.; Vai bater de novo.* (Como bati na primeira rodada de dominó, ao começar a outra, assim falou.) Suas respostas eram, na maioria das vezes, monossilábicas e em alguns momentos frases curtas. MURIEL sabia, diariamente, o dia da semana e o mês em que estávamos, e da mesma forma, meu nome e quem eu era. Quando recebia estímulos para que perguntasse o nome dos outros clientes, nos momentos em que jogavam, assim o fazia. Folheava revistas, lendo palavras e frases, com certa dificuldade, e fazendo cópias das mesmas. Escreveu a oração do anjo da guarda, em uma linguagem paralela, que foi “traduzida” por ele, podendo assim ser entendida. Fez alguns desenhos e resolveu contas de adição, subtração, multiplicação e divisão, com poucos erros. Demonstrava interesse e contentamento quando realizava a atividade, dizendo: *fico contente, com uma explicaçãozinha eu aprendo.* Quando ele falava que não sabia, eu reforçava que na verdade ele não lembrava, mas que sabia. Deixava todos os dias alguma atividade, como frases para copiar, contas para fazer, por sua solicitação. Na manhã seguinte fazia, junto com ele, as correções, e no final ele sempre esboçava um sorriso. A evolução do cliente nos leva a pensar que houve mudança de estado de Domínio AI para o estado Imagem AS, pois o cliente teve atendidas as necessidades Estima, Gregária, Comunicação, Aceitação, Participação, Aprendizagem, Orientação tempo e espaço, tendo assim um **bom prognóstico**. Para que essa mudança de estado continue a ocorrer e o cliente permaneça no estado de AS, a necessidade causal Estima expressa pela apatia ou falta de vontade de, o estímulo (necessário) para a ação precisa continuar a ser oferecido.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
<p><i>Todos casaram, só eu não. (Referindo-se aos irmãos).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auto-imagem</li> <li>- Imagem</li> <li>- Gregária</li> <li>- Sexualidade</li> <li>- Estima</li> <li>- Auto-estima</li> </ul>	<p>AI ⇒ ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O Sr. teve alguma namorada?</li> <li>- Quanto tempo namoraram?</li> <li>- Que idade o Sr. tinha?</li> <li>- Que idade ela tinha?</li> <li>- Como o Sr. se sentia com ela?</li> <li>- O que fez com que o Sr. não se casasse?</li> <li>- Como o Sr. se sente não tendo se casado?</li> <li>- O que pensava sua família do Sr. não ter se casado?</li> <li>- O que o Sr. pensa sobre essa situação?</li> <li>- Como é que o Sr. resolve o seu problema de sexo?</li> </ul>
<p><b>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</b> MURIEL disse ter tido uma namorada. Ele tinha 25 anos e não lembrava a idade dela, nem em que local morava. Durou três meses, pois foi internado. (Em sua primeira internação, nesta instituição, tinha 27 anos). Disse não ter se casado <i>porque só doente</i>. A necessidade sexualidade não foi abordada no decorrer dos encontros, assim não existem elementos suficientes que permitam a sua confirmação diagnóstica. Em relação às necessidades Gregária, Estima, Auto-estima, o cliente não confirma a hipótese realizada, uma vez que atribui como <u>causal</u> as necessidades <u>Imagem</u> e <u>Auto-imagem</u>, quando disse não ter se casado por ser doente. Portanto, não temos possibilidade de estabelecer o prognóstico, mantendo o diagnóstico em nível de interrogação.</p>			

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
<i>Ai, que dor.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integridade cutâneo-mucosa</li> <li>- Percepção dolorosa</li> <li>- Mecânica corporal</li> <li>- Locomoção</li> <li>- Motilidade</li> <li>- Exercícios e atividades físicas</li> <li>- Gregária</li> <li>- Criatividade</li> <li>- Auto-imagem</li> </ul>	AI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em que local o Sr. sente dor?</li> <li>- Há quanto tempo está sentindo essa dor?</li> <li>- O Sr. está recebendo algum remédio para a dor?</li> <li>- Existe alguma atividade que lhe proporciona um aumento da dor?</li> <li>- Solicitar prescrição de relaxante muscular e analgésico.</li> <li>- Ver com médico solicitação de RX para encaminhamento ao fisioterapeuta para avaliação do seu estado.</li> <li>- Orientar e convidar a caminhar nas imediações da Unidade.</li> <li>- Orientar sobre as consequências que resultarão se ele permanecer sempre sentado.</li> <li>- Saber o que lhe impede e o que poderá ser feito para que possa caminhar como antes.</li> <li>- Orientá-lo sobre sua doença e capacidades que possui.</li> <li>- Oferecer ajuda.</li> <li>- Ver possibilidades de obtenção de roupas adequadas ao seu tamanho.</li> <li>- Respeitar sua limitação.</li> </ul>
<p><b>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</b> MURIEL referiu que a sua dor era localizada mais nas costas e pernas e que já estava assim há bastante tempo, mas sem especificar com exatidão. Prescrito relaxante muscular e analgésico, sendo ministrado somente durante quinze dias, sem resultados satisfatórios. Quando caminhava, seus passos eram "lentos", e sempre repetia: <i>não posso caminhar</i>. Preferia permanecer sentado, pois evitava, ao levantar e caminhar, a dor. Essa dor era consequência do seu problema de coluna. Realizado RX, tendo como laudo a apresentação da coluna em bambu, retificação da coluna lombar, acentuada cifose com impossibilidade à postura prono. Foi avaliado pelo fisioterapeuta, havendo apenas a possibilidade de realização de exercícios para auxiliar na motilidade. No entanto, na sua realização, o cliente apresentava dificuldade respiratória e hiperemia facial. Segundo o fisioterapeuta, esse processo não tem mais retorno, em decorrência da prevenção não ter sido realizada. Cliente disse não fazer <i>nada</i> na Unidade, pois <i>só doente</i>. (Não esclareceu o significado do "só doente"). Persistia em repetir que era doente, quando convidado a</p>			

realizar alguma atividade que lhe exigia que se locomovesse. Levantava e vestia roupas com dificuldades (roupas inadequadas ao seu tamanho). MURIEL permaneceu AI, não havendo mudança de estado, pois os necessários fornecidos, apesar de atenderem às necessidades decorrentes, não atendiam à necessidade causal Integridade cutâneo-mucosa, continuando então com um **mau prognóstico**.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.5.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
Pés e tornozelos edemaciados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminação</li> <li>- Regulação</li> <li>- Locomoção</li> <li>- Mecânica corporal</li> <li>- Integridade cutâneo-mucosa</li> <li>- Terapêutica</li> </ul>	AI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Há quanto tempo o Sr. está com seus pés e tornozelos inchados?</li> <li>- Como o Sr. se sente com seus pés desta forma?</li> <li>- O Sr. já observou em que período do dia os seus pés estão mais inchados?</li> <li>- Como o Sr. se sente caminhando com os pés e tornozelos assim?</li> <li>- O Sr. já falou com alguém sobre os seus pés e tornozelos?</li> <li>- O Sr. está tomando algum remédio para esse problema?</li> <li>- Quantas vezes o Sr. faz xixi?</li> <li>- O que o Sr. sente quando faz xixi?</li> <li>- O Sr. sente coiceira nas pernas?</li> <li>- Quanto de água o Sr. bebe?</li> <li>- Orientar para que eleve as pernas nos momentos em que estiver deitado.</li> <li>- Encaminhar ao médico para avaliação.</li> </ul>
<p><b>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</b> MURIEL disse que urinava muitas vezes. No período da manhã, em que permanecia com ele, observei a média de três micções. Água, disse que bebia duas canecas, o que não me foi possível observar, principalmente porque na maioria do tempo, ele bebia não com copo, mas com a água nas mãos ou diretamente caído em sua boca. Foi encaminhado ao médico; avaliado (edema ++) e prescrito diurético por uma semana. Não ergueu as pernas, mesmo com nova reorientação através de demonstração. Os edemas regressaram por alguns dias, reaparecendo posteriormente. Por desconhecimento da necessidade causal, (exames complementares) teve suas necessidades decorrentes atendidas paliativamente. Devido à falta de aprofundamento diagnóstico, permaneceu no estado de Dominio, portanto AI, com <b>mau prognóstico</b>.</p>			

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
<p>“Cacos de dentes” na arcada superior e inferior.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado corporal</li> <li>- Aprendizagem</li> <li>- Integridade cutâneo-mucosa</li> <li>- Nutrição</li> <li>- Auto-estima</li> <li>- Auto-imagem</li> </ul>	<p>AI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como o Sr. se sente com os seus dentes desta forma?</li> <li>- Há quanto tempo seus dentes estão assim?</li> <li>- Como o Sr. se alimenta com seus dentes assim?</li> <li>- Acompanhar o cliente no horário da refeição.</li> <li>- Convidá-lo para participar de atividade educativa sobre higiene bucal.</li> <li>- Encaminhar ao dentista.</li> </ul>
<p><b>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</b> MURIEL já está há muitos anos com sua arcada dentária neste estado. Disse que apenas lavava a boca; escovação nunca fez. Comia tudo o que lhe era servido, “mastigando” os alimentos com a gengiva. Participou da atividade realizada com um grupo de clientes sobre higiene bucal. MURIEL recusou escova de dentes que lhe ofereci. Apresentou edema no maxilar superior esquerdo, sendo encaminhado ao dentista para avaliação. Foi constatado processo infeccioso. Medicado com antibiótico e bochechos com água morna e sal. Foi orientado sobre os bochechos e supervisionado por mim. O edema regrediu em três dias, melhorando seu quadro. Ficou aguardando nova consulta ao dentista. MURIEL continua auto-insuficiente quanto às necessidades Cuidado corporal, Aprendizagem, Integridade cutâneo-mucosa, sendo o seu <b>prognóstico mau</b>. Quanto à Nutrição, Auto-estima e Auto-imagem, os dados colhidos são insuficientes para a análise de mudança esperada, uma vez que não aplicamos toda a prescrição planejada. “Parece” estar adaptado à forma de ingerir os alimentos. Consideramos <u>Cuidado corporal</u> e <u>Aprendizagem</u> como <u>necessidades causais</u>.</p>			

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
Barba por fazer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado corporal</li> <li>- Auto-estima</li> <li>- Liberdade</li> <li>- Ambiente</li> <li>- Aprendizagem</li> </ul>	AI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como o Sr. se sente com a barba?</li> <li>- Quem faz sua barba?</li> <li>- O que pensa de poder fazer sua barba?</li> <li>- De quanto em quanto tempo é feita sua barba?</li> </ul>
<p><b>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</b> MURIEL disse não gostar de ficar com barba, mas tem que esperar o seu dia para que a mesma seja feita; falou que sempre quem faz é um funcionário. Fiz um dia sua barba, estimulando-o para que ele a fizesse, no entanto, não expressou vontade de realizá-la. Mesmo MURIEL tendo dito que não gostava de ficar com a barba e referindo ter conhecimento da rotina da Unidade, penso não possuir dados suficientes para determinar a necessidade causal. No momento continua AI quanto às necessidades levantadas, e conseqüentemente com <b>mau prognóstico</b>.</p>			

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
Pés descalços.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambiente</li> <li>- Espaço</li> <li>- Integridade cutâneo-mucosa</li> <li>- Integridade física</li> <li>- Cuidado corporal</li> <li>- Aprendizagem</li> </ul>	AI ⇒ AS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por que o Sr. está sem um calçado?</li> <li>- Como o Sr. se sente andando sem estar com um calçado?</li> <li>- Orientar sobre a importância do uso do calçado.</li> <li>- Providenciar um calçado.</li> </ul>
<p><b>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</b> MURIEL disse ser bom estar com um calçado, mas que não tem porque os outros clientes <i>roubaram</i>. Orientado quanto à prevenção de ferimentos, doenças como “bicho de pé”, já que o pátio ou jardim por onde caminha é de terra e pedregulhos, e com a presença de animais (cachorros, porcos, cavalos, entre outros). Da mesma forma, orientado quanto à higiene. Não foi conseguido calçado na Unidade. Providenciei um par de sandálias havaianas, mas que foi “pega”, por outro cliente, uma semana após. Como não possui um local para guardar seus pertences, coloca sob o colchão, mas isto não lhe dá “poder” sobre o que possui. Conseguido novo par de sandálias, permanecendo com a mesma até o último dia em que fiquei na Unidade, mantendo seus pés sem sujidades. Neste período MURIEL tornou-se auto-suficiente, <b>bom prognóstico</b>, quanto às necessidades Integridade cutâneo-mucosa, Integridade física, Cuidado corporal, Aprendizagem. Em relação às necessidades <u>Ambiente</u> e <u>Espaço</u> (<u>necessidades causais</u>), não foram provocadas mudanças, estando o cliente sujeito a nova “retirada” de seu calçado, em virtude de não ter como delimitar o seu espaço, isto é, ter um espaço adequado para guardar seus pertences, o que implicaria em se tornar auto-insuficiente para as outras necessidades, portanto <b>mau prognóstico</b>.</p>			

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
<p>Não tomou banho, usando roupas com sujidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação</li> <li>- Participação</li> <li>- Auto-estima</li> <li>- Orientação</li> <li>- Aprendizagem</li> <li>- Auto-imagem</li> <li>- Cuidado corporal</li> </ul>	<p>AI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como o Sr. se vê usando essas roupas?</li> <li>- Como o Sr. se sente usando essas roupas?</li> <li>- Por que motivo não tomou o seu banho?</li> <li>- O Sr. sabe o horário do banho na Unidade?</li> <li>- Orientar sobre a importância do banho e uso de roupas limpas.</li> </ul>
<p><b>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</b> MURIEL tinha conhecimento do horário do banho, <i>é depois da janta, mas ninguém me convidou..</i> Mesmo orientado de que não haveria necessidade de convite, só se dirigia ao banho quando por mim encaminhado. Observei que seu banho consistia em se posicionar embaixo do chuveiro, ensaboar rapidamente a região anterior do tórax, abdômen e genitais, e só retirando o excesso de espuma quando solicitado e auxiliado. A higiene da região posterior era por mim realizada. Apesar de reclamar que a <i>roupa é apertada e pequena</i>, não foi possível conseguir roupas em tamanhos adequados. Continua AI, pois, por si só, não é capaz de provocar mudança de estado, havendo necessidade de estímulo constante para atender às necessidades, permanecendo com um <b>mau prognóstico</b>. Dentro dos dados que possuímos, aparentemente, a <u>necessidade causal</u> é a <u>Comunicação</u>, visto que quando estimulado realiza seu cuidado corporal.</p>			

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
Toma água colocando sua boca na torneira da pia do banheiro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambiente</li> <li>- Aprendizagem</li> <li>- Integridade cutâneo-mucosa</li> <li>- Cuidado corporal</li> </ul>	AI ⇒ AS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que o Sr. acha de beber água neste local?</li> <li>- Como o Sr. se sente bebendo água aqui?</li> <li>- O que o Sr. pensa do fato de todos os outros clientes estarem também colocando a boca na mesma torneira?</li> <li>- Que outro modo existe de o Sr. tomar a água?</li> <li>- O que o Sr. acha de tomar água em um copo?</li> </ul>
<p><b>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</b> MURIEL disse que somente para o café e a água, que tomava junto com os remédios, é que utilizava o copo. Bebe água com as mãos ou com a boca, direto na torneira. Quando perguntado sobre o que achava de ter uma caneca, disse: <i>não precisa, assim tá bom</i>, mas, ao mesmo tempo, <i>acho melhor tomar água no caneco. Foi conseguido um copo plástico e ele aceitou, guardando-o sob o colchão, mas logo foi “pego” por outro cliente. Conseguido um novo copo, que também “desapareceu”</i>. Um terceiro copo lhe foi dado, quando estava terminando o período em que permaneci na Unidade. A partir do momento em que lhe foi fornecido o copo, MURIEL passou a tomar a água utilizando-o adequadamente, atendendo à necessidade Aprendizagem, resultando em um <b>bom prognóstico</b> para esta necessidade. Consideramos que a necessidade causal Ambiente não foi atendida, o que implica na manutenção do estado de Domínio AI, inclusive nas necessidades Cuidado corporal e Integridade cutâneo-mucosa, atribuindo um <b>mau prognóstico</b>.</p>			

## CLIENTE URIEL

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
<p>Desde 1980 não saiu mais da instituição -- 18 anos de internação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gregária</li> <li>- Aceitação</li> <li>- Comunicação</li> <li>- Participação</li> <li>- Criatividade</li> <li>- Ambiente</li> <li>- Estima</li> <li>- Sexualidade</li> <li>- Liberdade</li> <li>- Espaço</li> <li>- Regulação</li> <li>- Terapêutica</li> </ul>	<p style="text-align: center;">AI ⇒ AS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como o Sr. tem se sentido aqui no Hospital?</li> <li>- O que o Sr. acha desse hospital?</li> <li>- Como é o seu tratamento aqui?</li> <li>- O que é oferecido para o Sr. fazer aqui?</li> <li>- O que o Sr. tem feito durante este tempo que permanece aqui?</li> <li>- Com quais as pessoas que o Sr. conversa aqui?</li> <li>- Que tipo de atividade costumava fazer antes de vir para o Hospital?</li> <li>- O que gostaria de fazer aqui no Hospital?</li> <li>- Como o Sr. se sente no quarto que ocupa com outros clientes?</li> <li>- O Sr. sabe o nome dos outros clientes que ocupam o quarto com o Sr.?</li> <li>- O que sua família pensa da sua internação?</li> <li>- O Sr. recebe visitas?</li> <li>- Quais são as pessoas que lhe fazem visitas?</li> <li>- O Sr. tem notícias de seus familiares?</li> </ul>
<p><b>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</b> O cliente disse que se sentia bem, achava bom estar no hospital. Não expressou vontade de sair da instituição. URIEL referiu que antes de ser internado <i>era polícia, dava guarda no quartel de polícia, eu não quis mais dar guarda e sai; em casa plantava verdura e feijão que nós comia.</i> Participava da limpeza da Unidade, <i>eu ajudo a limpá o corredor, arrumar as camas, limpá os banheiros,</i> ganhando ao final um pacote de fumo. Não demonstrou interesse específico por algum outro tipo de atividade. Nos jogos de baralho e dominó que eram oferecidos, participava pouco, sem integração total com os outros clientes, jogava sem qualquer tipo de comentário. Nos churrascos, que eram realizados uma vez por mês, participava descascando batatas. URIEL, todas as vezes em que deitava, (isso muitas vezes no período da manhã) cobria todo o corpo e a cabeça com o cobertor. Disse que gostava de ficar assim. Foi observado várias vezes quando realizava movimen-</p>			

tos, parecendo estar se “masturbando” (confirmado com funcionários, por ser uma “prática” que ele utilizava, e que em algum tempo atrás até se “esfolava”, pois ocorria com muita frequência). Pensamos que, de certa forma, ele atende sua sexualidade e limita o seu espaço (**bom prognóstico**). Não foi possível abordar esse assunto com URIEL. Sabia o nome de todos os clientes que compartilhavam do mesmo quarto. Observamos que falava com alguns deles somente para pedir cigarros, ocorrendo, da mesma forma, com a funcionária responsável pela limpeza, *dona V., quero fumo*. Permanecia, quase todo tempo, sozinho. Quando solicitada ajuda, colaborava. Sem iniciativas, se não for estimulado. URIEL disse que *faz alguns meses que não recebia visitas, sentindo-se sozinho e chateado*. Quem o visitava eram as tias L. e N. Disse que era bom, pois traziam cigarros, bolachas e doces. Quando estava em casa conversava mais com a *minha irmã D., que está em Idaiatã; elas não vêm visitar*. Foi realizado visita domiciliar na casa de uma das tias, que comentou que sempre que era possível e que tinham condições iam visitá-lo, *a gente tem vontade de trazer ele, mas não temos condição para isso; ele era um menino estudioso, não incomodava ninguém, mas depois, já grande, começou a andar pelos muros, não queria falar com ninguém, mas adorava cantar*. Observei URIEL cantando, um dia, uma música em inglês, mas sem conseguir identificá-la e nem conseguindo que ele a identificasse para mim, também músicas de cantores brasileiros, músicas de igreja. Segundo informação de uma funcionária, ele costumava, muitas vezes, ficar caminhando no corredor cantando Suas irmãs, segundo a tia, não queriam nem notícias suas. Não apareciam, pois ficavam com medo de que quisessem dar alta e tivessem que levá-lo para suas casas. Isto nos leva a estabelecer a **Aceitação** como a **necessidade causal**, que, apesar de ser atendida parcialmente (conforme relato de uma das tias), bem como as outras necessidades, nos conduz a determinar um diagnóstico de AI (**mau prognóstico**), pois URIEL só atinge o estado de AS nos momentos em que é muito estimulado. Em relação à necessidade Gregária e Estima, relacionada à família, mesmo continuando a não ser aceito, atende à necessidade Comunicação nos momentos em que recebe a visita.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
<p>Permanece em muitos momentos com a cabeça fletida e com os olhos em direção ao chão ou teto, em silêncio, não respondendo aos questionamentos e dizendo <i>não fazer nada</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gregária</li> <li>- Comunicação</li> <li>- Participação</li> <li>- Aceitação</li> <li>- Espaço</li> <li>- Criatividade</li> </ul>	<p>AI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O Sr. conhece as atividades que existem aqui na Unidade e no Hospital?</li> <li>- Existe alguma atividade que o Sr. teria interesse em participar?</li> <li>- O Sr. já participou de alguma atividade aqui na Unidade?</li> <li>- Estimular participação em atividades de grupo.</li> <li>- Permanecer ao lado do cliente, respeitando seu silêncio.</li> <li>- Qual o motivo de o Sr. permanecer nesta posição?</li> </ul>
<p><b>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</b> URIEL permaneceu assim em grande parte do seu tempo. Não respondia verbalmente, mas a ação (comunicação não verbal) se fazia presente dirigindo-se ao local da assembleia. Também quando convidado para participar da assembleia e que ficou em silêncio, mas, após alguns minutos, levantou-se de sua cama, depois foi guardando o material. Na Unidade, as atividades que existem são o grupo de chimarrão, bocha, caminhadas (uma vez na semana), churrasco (uma vez no mês), auxílio no refeitório, limpeza da Unidade e limpeza do pátio ou jardim da Unidade. Existem algumas atividades na instituição como capinagem, horta, marcenaria, entre outras, mas URIEL não expressou nenhuma atividade que fosse de seu interesse. Na verdade, na maior parte do tempo, ele auxiliava na limpeza da Unidade, recebendo ao final um pacote de fumo. Ao ser estimulado, participou três vezes do grupo de chimarrão, dizendo <i>é bom, mas não sei preparar</i>. Foi também estimulado a participar de jogos de cartas e dominó com outros clientes; jogava a partida permanecendo em silêncio, comendo as guloseimas servidas. Foi também duas vezes em um churrasco realizado fora da Unidade em pé, caminhando de um lado para o outro, olhando as apresentações e comendo as guloseimas servidas. Foi também duas vezes em um churrasco realizado fora da Unidade. Fazia desenhos rapidamente e se retirava da sala da Terapia ocupacional. Muito raramente fixava o seu olhar em minha direção, nos momentos em que conversávamos. Se não é incentivado e estimulado, não se engaja nas atividades. Mesmo estabelecendo as hipóteses diagnósticas quanto à natureza, percebemos que não chegamos a confirmá-las, uma vez não ter sido abordada diretamente a questão. Percebemos que URIEL, quando estimulado, ocorre mudança de estado mas, na maioria das vezes, permanece AI, o que leva a atribuir um <b>mau prognóstico</b>.</p>			

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
<p>O chão, ao lado direito de sua cama, encontrava-se sempre sujo (pedaços de papel, cinza, fumo, fósforos, sobras de alimentos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espaço</li> <li>- Ambiente</li> <li>- Aprendizagem</li> <li>- Criatividade</li> <li>- Estima</li> <li>- Gregária</li> <li>- Imagem</li> <li>- Sexualidade</li> </ul>	<p>AI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por que esse lixo se encontra jogado aqui?</li> <li>- O Sr. sabe em que local devemos colocar o lixo?</li> <li>- Quem cuida da limpeza do seu quarto?</li> <li>- O que o Sr. acha do seu quarto?</li> <li>- Como o Sr. se sente neste quarto?</li> <li>- O que o Sr. pensa dos companheiros de quarto?</li> <li>- Como era sua casa?</li> <li>- Quem fazia a limpeza de sua casa?</li> <li>- Orientar sobre a importância da limpeza e o acondicionamento do lixo.</li> <li>- Dispor lixeiro próximo a sua cama.</li> <li>- Observar.</li> </ul>
<p><b>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</b> URIEL sabia onde o lixo deveria ser colocado, <i>é pra deixar limpo, colocar no lixeiro, mas não tem</i>. Existia um lixeiro no corredor, mas não o utilizava. Foi colocado um lixeiro ao lado de sua cama, mas ele colocava o lixo ao lado do mesmo. Foram feitas reclamações sobre ele pelos outros clientes que ocupam o mesmo quarto, pois era o que mais sujava. Nas assembleias ele dizia <i>posso</i> ser o responsável pela limpeza durante uma semana do quarto, mas não a colocava em prática. Foi orientado e estimulado várias vezes. No momento ele recolhia o lixo que estava no chão e colocava no lixeiro - <i>vou lá limpar, colocar no lixeiro</i> - no entanto, logo após iniciava todo o processo, dizendo <i>depois eu boto no lixeiro</i>. Isto nos leva a pensar no Espaço como <u>necessidade causal</u>, pois o cliente, agindo desta forma, estaria delimitando a sua área, como forma de preservar as demais necessidades. A situação permaneceu até o último dia em que estive presente, não havendo alteração para a AS, tendo então um <b>mau prognóstico</b>.</p>			

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
<p><i>Eu quero descansar; tô cansado.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gregária</li> <li>- Comunicação</li> <li>- Participação</li> <li>- Aceitação</li> <li>- Criatividade</li> <li>- Estima</li> <li>- Sono e repouso</li> </ul>	<p>AI ⇒ ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que lhe está deixando cansado?</li> <li>- O que o Sr. costuma fazer no período da noite?</li> <li>- Como tem sido o seu sono no período da noite?</li> <li>- Em que horário o Sr. dorme?</li> <li>- Qual o horário que o Sr. costuma acordar?</li> <li>- Como fica a Unidade no período da noite?</li> <li>- O que o Sr. quer dizer com cansado?</li> <li>- O que o Sr. costuma fazer durante o dia?</li> <li>- O que o Sr. gosta de fazer?</li> <li>- O que posso fazer para ajudá-lo?</li> <li>- O que o Sr. pensa das pessoas que estão no hospital?</li> <li>- Respeitar a sua vontade.</li> </ul>
<p><b>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</b> URIEL falou que dormia à noite toda, o que foi confirmado pelos funcionários. À noite ficava em sua cama fumando, dormindo entre as 20:00 – 21:00 horas e acordando por volta das 7:00 horas. Disse que à noite alguns clientes ficavam ouvindo rádio, mas não referiu que isso o incomodasse. Muitas vezes em que era convidado a fazer alguma atividade ou já estando envolvido em alguma, dizia <i>vou deitar, tô cansado</i>, mesmo não tendo executado nenhuma atividade que assim o justificasse. Em seu quarto, na grande maioria das vezes, quando se deitava, cobria-se totalmente ou ficava preparando seu cigarro e fumando deitado. Essa sua ação, frente às situações em que ocorreram, leva-nos a pensar que ele poderia também estar nos “dispensando”, não querendo estabelecer diálogo, quando em um destes momentos falou <i>amanhã eu converso</i>. Algumas vezes, permanecia um maior tempo no quarto, em outras, observava que já estava caminhando pelo corredor da Unidade preparando o cigarro ou fumando, e sempre sozinho. Quando assim ocorria, chegava próxima a ele e iniciava uma conversa. Algumas vezes respondia e em outras retornava ao seu quarto. Procurava deixá-lo à vontade, mas sempre colocando-me à disposição. Por falta de dados, não temos condições de estabelecer se houve mudanças de estado para estabelecer o prognóstico.</p>			

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
<p>Duas lesões (queimaduras de cigarro) próximas ao esterno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integridade física</li> <li>- Integridade cutâneo-mucosa</li> <li>- Aprendizagem</li> <li>- Orientação</li> <li>- Sono e repouso</li> </ul>	<p>AI ⇒ AS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como aconteceram essas queimaduras?</li> <li>- O que o Sr. sentiu?</li> <li>- O que o Sr. acha de fumar na cama?</li> <li>- Que risco o Sr. acha que existe?</li> <li>- Orientar para prevenir novas queimaduras.</li> </ul>
<p><b>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</b> Foi realizada limpeza com soro fisiológico e aplicação de povidine nas lesões, ocorrendo cicatrização. URIEL preparava e fumava seu cigarro, muitas vezes, deitado em sua cama, propiciando queimaduras. Foi orientado que se assim continuasse novas queimaduras poderiam ocorrer, mas não houve mudanças. Consideramos como <u>necessidade causal a Aprendizagem</u>. URIEL continuou AI quanto às necessidades Aprendizagem, Orientação, Sono e repouso, levando a <b>mau prognóstico</b>. No entanto, até o último dia em que permaneci na Unidade, não havia sofrido outra queimadura, estando assim AS para as necessidades Integridade física e Integridade cutâneo-mucosa, resultando em um <b>bom prognóstico</b>.</p>			

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
<p>“Cacos de dentes” na arcada superior e inferior.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado corporal</li> <li>- Aprendizagem</li> <li>- Integridade cutâneo-mucosa</li> <li>- Mecânica corporal</li> <li>- Nutrição</li> <li>- Ambiente</li> <li>- Estima</li> <li>- Auto-estima</li> <li>- Imagem</li> <li>- Auto-imagem</li> </ul>	<p>AI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como o Sr. se sente com os seus dentes desta forma?</li> <li>- Há quanto tempo seus dentes estão assim?</li> <li>- Como o Sr. cuida de sua boca e dentes?</li> <li>- Como o Sr. se alimenta com seus dentes assim?</li> <li>- O que o Sr. acha dos alimentos que são servidos aqui?</li> <li>- Como o Sr. se sente alimentando-se aqui nesse local?</li> <li>- Quais os alimentos que o Sr. prefere?</li> <li>- Acompanhar o cliente no horário da refeição.</li> <li>- Orientar sobre a importância e a necessidade da alimentação.</li> <li>- Convidá-lo para participar de atividade educativa sobre higiene bucal.</li> <li>- Encaminhar ao dentista.</li> </ul>
<p><b>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</b> URIEL falou <i>não ligar</i> para os seus dentes, que sempre foram assim. Relatou que comia tudo o que vinha, que conseguia <i>morder</i>, no entanto, muitas vezes, foi observado que comia somente os alimentos que não necessitavam de uma maior mastigação. Comia sempre rápido, aproximadamente cinco minutos, e disse que sempre comeu desta forma. Quando se alimentava era basicamente uma ou duas colheres, e principalmente arroz, feijão, batata e aipim, mas colocando grande quantidade e engolindo rapidamente. Ficou, nesse período, umas seis vezes sem almoçar, dizendo <i>a comida é ruim</i>. Conforme informação de funcionário, também não se alimentava muito no jantar. Não referiu o que significava comida ruim, todavia, esta é sua resposta sempre quando dizia não querer almoçar ou quando não experimentava determinados alimentos. Disse gostar de <i>comida boa, saudável e nutritiva</i> e se contradizia quando falava que a comida que recebia era boa. A de sua casa era <i>normal e nutritiva</i>, sendo sua mãe quem preparava. Para ele comida boa é comida normal. Não foi possível entender o significado de comida normal. Quanto ao local em que são servidas as refeições, disse ser bom, contudo, observamos que não permanecia mais do que cinco minutos ali. Participou de almoço (churrasco) que foi realizado em outro local da instituição. Provou todos os alimentos servidos (salada, farofa, arroz, lingüiça, frango e carne), mas também colocando grande quantidade de alimentos em sua boca. Os alimentos foram servidos em prato e com garfo e faca, utilizando-os corretamente. Receberam também refresco de uva. Na Unidade a refeição é servida em bandeja, com o uso de colher e sem líquidos (água ou refresco). Disse gostar de frutas, e sempre as comia quando vinham junto com a refeição. Algumas vezes ocorreu de seu almoço ficar restrito à fruta, que pegava no refeitório e ia comer em seu quarto. Gostava de comer amoras que existem no pátio da Unidade. Foi realizada atividade de orientação sobre higiene bucal, que participou, parecendo estar “atento” às explicações, realizando a escovação após. Recebeu sua escova, sendo identificada com</p>			

seu nome, sabia quando deveria fazer sua higiene, mas se não fosse lembrado e estimulado, não tinha iniciativa. Almoçava, "passava a mão" na boca e a limpava em sua roupa, indo para o seu quarto deitar. Não foi possível encaminhar ao dentista. Consideramos Cuidado corporal e Aprendizagem como necessidades causais. Mesmo afirmando não ligar para os seus dentes, que sempre foram assim, acreditamos que pelo fato de todas as outras necessidades permanecerem no estado de AI, a sua Auto-imagem, por constituir a base das necessidades psicossociais, também permanece no estado de AI, atribuindo-lhe um mau prognóstico.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
Barba por fazer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado corporal</li> <li>- Auto-estima</li> <li>- Liberdade</li> <li>- Ambiente</li> <li>- Aprendizagem</li> </ul>	AI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como o Sr. se sente com a barba?</li> <li>- Quem faz sua barba?</li> <li>- O que pensa de poder fazer sua barba?</li> <li>- De quanto em quanto tempo é feita sua barba?</li> <li>- Em que local é feita sua barba?</li> </ul>
<p><b>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</b> URIEL disse não gostar de ficar com a barba, e que esperava o dia em que o <i>l. faz</i>. Disse que não queria fazer porque sempre tem o funcio - nário. Não lhe são dadas condições, orientações e estímulo para a AS. Por duas vezes assumi esta atividade, estimulando para que URIEL a realizasse; disse não querer, <i>faz a senhora</i>. Mesmo URIEL tendo dito que não gostava de ficar com a barba e referido ter conhecimento da rotina da Unidade, penso não possuir dados suficientes para determinar a necessidade causal. No momento continua AI quanto às necessidades levantadas e , conseqüentemente, com <b>mau prognóstico</b>.</p>			

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
Pés descalços	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambiente</li> <li>- Espaço</li> <li>- Integridade cutâneo-mucosa</li> <li>- Integridade física</li> <li>- Cuidado corporal</li> <li>- Aprendizagem</li> </ul>	AI ⇒ AS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por que o Sr. está sem calçado?</li> <li>- Como o Sr. se sente andando sem estar com um calçado?</li> <li>- Orientar sobre a importância do uso do calçado.</li> <li>- Providenciar um calçado.</li> </ul>
<p><b>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</b> URIEL relatou não ter calçado porque <i>roubaram</i>. Sabe que o calçado protege os pés, <i>pra ter saúde, não entrar bicho de pé</i>. Foi reforçado sobre as questões de higiene, pois, quando calçado, os pés apresentavam-se com sujidades. Não foi conseguido calçado na Unidade. Providenciei um par de sandálias havaianas, mas dois dias após estava novamente descalço, o <i>D. roubou</i>. Foi recuperada, mas depois de três dias disse que <i>roubaram</i>, sem saber quem era. Consegui um par de tênis, que usou durante uma semana, depois disse <i>troquei com o I. pelo chinelo</i>. Recuperou novamente o par de tênis. Quando estava deitado, "guardava" seu calçado sob o colchão. Permaneceu calçado até o último dia em que permaneci na Unidade, mantendo seus pés sem sujidades. Neste período URIEL tornou-se auto-suficiente, <b>bom prognóstico</b>, quanto às necessidades Integridade cutâneo-mucosa, Integridade física, Cuidado corporal e Aprendizagem. Em relação às necessidades <u>Ambiente e Espaço (necessidades causais)</u>, não foram provocadas mudanças, estando o cliente sujeito à nova "retirada" de seu calçado, em virtude de não ter como delimitar o seu espaço, isto é, ter um espaço para guardar seus pertences, o que implicaria em se tornar auto-insuficiente para as outras necessidades, portanto <b>mau prognóstico</b>.</p>			

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
<p>Não tomou banho, usando roupas com sujidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado corporal</li> <li>- Auto-estima</li> <li>- Imagem</li> <li>- Aprendizagem</li> <li>- Sexualidade</li> <li>- Gregária</li> <li>- Auto-imagem</li> </ul>	<p>AI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como o Sr. se vê usando essas roupas?</li> <li>- Como o Sr. se sente usando essas roupas?</li> <li>- Por que motivo não tomou o seu banho?</li> <li>- O Sr. sabe o horário do banho na Unidade?</li> <li>- Orientar sobre a importância do banho e uso de roupas limpas.</li> </ul>
<p><b>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</b> URIEL conhecia o horário do banho, mas várias vezes não tinha tomado banho, respondendo apenas quando perguntado, <i>não tomei, vou amanhã</i>. Permanecia um longo período embaixo do chuveiro, de costas para a porta do banheiro, lavando seus cabelos, orelhas e passando as mãos nos braços constantemente, com a água caindo sobre seu corpo. Resistia para sair, quando era solicitado. Este problema permaneceu durante todo o período em que permaneci na Unidade, não havendo mudança de estado, permanecendo com <b>mau prognóstico</b>. Por não conhecermos a necessidade causal, todo raciocínio aqui feito ficou a nível de hipótese.</p>			

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
Toma água colocando sua boca na torneira da pia do banheiro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambiente</li> <li>- Aprendizagem</li> <li>- Integridade cutâneo-mucosa</li> <li>- Cuidado corporal</li> </ul>	AI ⇒ AS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que o Sr. acha de beber água neste local?</li> <li>- Como o Sr. se sente bebendo água aqui?</li> <li>- O que o Sr. pensa do fato de todos os outros clientes estarem também colocando a boca na mesma torneira?</li> <li>- Que outro modo existe de o Sr. tomar a água?</li> <li>- O que o Sr. acha de tomar água em um copo?</li> </ul>
<p><b>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</b> URIEL disse que sempre bebeu água assim, <i>na torneira do banheiro, boto a boca na torneira</i>, e que bebe mais depois do almoço, no período da tarde e depois da janta. Bebia água com as mãos ou com a boca, direto na torneira. Só o café é que tomava <i>na caneca</i>. Ao ser perguntado sobre o que achava de tomar água em um copo, disse <i>não precisa</i>, mas quando lhe falei que poderia lhe trazer um copo, aceitou, <i>pode trazer</i>. Conseguindo um copo plástico, que foi “guardado” sob o colchão, mas que no dia seguinte tinha sido “pego” por outro cliente. Novo copo lhe foi entregue, mas também “desapareceu”. A partir do momento em que lhe foi fornecido o copo, URIEL passou a tomar a água utilizando-o adequadamente, atendendo a necessidade Aprendizagem, resultando em um <b>bom prognóstico</b> para esta necessidade. Consideramos que a necessidade causal Ambiente não foi atendida, o que implica na manutenção do estado de Domínio AI, inclusive nas necessidades Cuidado corporal e Integridade cutâneo-mucosa, atribuindo um <b>mau prognóstico</b>.</p>			

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (D.S.)	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA (D.N.)	DIAGNÓSTICO DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO
<p>Fez os mesmos desenhos várias vezes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientação tempo e espaço</li> <li>- Imagem</li> <li>- Criatividade</li> <li>- Sexualidade</li> </ul>	<p>AI ⇒ ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que são esses desenhos?</li> <li>- O que eles representam para o Sr.?</li> <li>- Que nome o Sr. daria para cada um deles?</li> <li>- Como se sente fazendo esses desenhos?</li> <li>- O que costumava desenhar antigamente?</li> <li>- Há quanto tempo o Sr. faz esses desenhos?</li> <li>- Esses desenhos se parecem com o quê?</li> </ul>
<p><u>EVOLUÇÃO/PROGNÓSTICO:</u> URIEL fez seis desenhos iguais, em dias diferentes. Identificava cada um deles, dizendo o que significavam. <i>Núcleo é uma esfera, risco é um traço, linha é um traço, traço é um risco, pêndulo é uma linha, equilíbrio é o equilíbrio do pêndulo, equilíbrio é um corpo suspenso.</i> Seus desenhos tinham características que lembravam um óvulo e espermatozóide. Mesmo estimulado, não produziu nenhum outro desenho diferente. Por falta de condições e um maior tempo necessário para aprofundar esse Diagnóstico situacional, não temos dados suficientes para procedermos a evolução e o prognóstico</p>			

Observo que ao prestar assistência de Enfermagem aos dois clientes, MURIEL e URIEL, conforme meu primeiro objetivo, muitos problemas e problemas em comum foram encontrados. Alguns em decorrência do longo período de internação (cronicidade), basicamente com a perda de vínculos familiares, um cotidiano restrito à cama, comida, medicamento e um “fazer nada” constante, outros em virtude dos chamados sintomas dos transtornos, outros ainda referentes à própria estrutura, filosofia e objetivos da instituição, dando ênfase maior à assistência ao cliente agudo, com uma equipe multidisciplinar, proposta política da assistência psiquiátrica, com recursos direcionados a este tipo de atendimento. Não faço julgamentos quanto a esta situação, mas ao “abandono”, de certa forma, dos clientes crônicos que também merecem respeito e assistência qualificada, mesmo sabendo que a sua saída da Instituição não o devolverá para a sua família nem para a sua comunidade. Quando ocorre cronificação, percebe-se que, nestes casos, houve um fracasso em relação às práticas tradicionais de assistência, o que sugere aos pesquisadores, portanto, a busca de novos caminhos.

Falando na linguagem da Teoria, os problemas (Diagnóstico Situacional) são decorrentes das **Necessidades Humanas Básicas** (Diagnóstico de Natureza), afetadas a nível Psicobiológico, Psicossocial e Psicoespiritual, que buscam o **necessário** (Prescrição) para atendê-las.

Tentei oferecer os necessários que me foram possíveis naquele período, e com isso verificar que os clientes evoluíram do estado Domínio (estado em que se encontravam, auto-insuficiência) para o estado Imagem (estado almejado, auto-suficiência), e assim determinar o seu prognóstico (mau ou bom).

Constanei que em alguns momentos houve possibilidade de atendimento a essas necessidades, com a evolução para um bom prognóstico. No entanto, outras necessidades não puderam ser atendidas, umas por dificuldade de identificar o necessário, outras pelo necessário não estar à minha disposição, e também por falta de aprofundamento no Diagnóstico situacional, o que impossibilitou o estabelecimento da evolução, e conseqüentemente, o prognóstico.

As mudanças de estado de auto-insuficiência para auto-suficiência podem alternar-se constantemente, isto é, poderíamos em um determinado momento, dia, estarmos em um estado de auto-insuficiência e no outro de auto-suficiência, e podendo ainda reverter-se novamente.

Incorporar em minhas ações diárias os pressupostos de Travelbee foi um exercício incessante. Trabalhar com a minha impaciência, reconhecer as minhas limitações e impotências assim como as do outro, foi um exercício necessário durante todos os momentos. E como enfatiza Cavalcanti (1996, p.80) “... para tratar de doentes mentais é preciso estar investido desejantemente nesta prática, pois só desta forma poderemos nos aproximar verdadeiramente do outro, respeitando-o em sua diferença, mas sobretudo valorizando a sua igualdade de ser humano”. E aqui complemento acrescentando: como um **ser humano único**, que foi amado, respeitado, assegurado e reconhecido em suas capacidades e da mesma forma, fazendo sentir-me respeitada, aceita e “esperada” em cada dia.

A relação interpessoal, como também pontua Travelbee, necessita igualmente provocar mudanças entre os envolvidos, neste caso cliente psiquiátrico/enfermeiro, para que seja realmente efetivada.

Considero a mudança até uma ação “simples”, como por exemplo, como o apertar das mãos em uma despedida, que já não significa o mesmo ao do dia anterior, como ocorreu com o cliente MURIEL. Nos primeiros dias apertava levemente minha mão, depois fui sentindo o aumento dessa “força”, concretizando-se quando falou *tu aperta fraco*. Brinquei com ele dizendo que, na verdade, era porque ele era mais forte do que eu, e sorrimos juntos. Aqui se apresentava o “toque” significativo, o estar próximo.

Outra situação, que resgato, foi quando MURIEL mencionou que *não converso, não sei conversar*, pois percebo que, em alguns momentos dos nossos encontros, ele tomou iniciativas (mudança), fazendo-me reportar a um dos aspectos relacionados à comunicação, que Travelbee enumera como sendo a **importância de estimular o cliente para que ele verbalize**.

O cliente URIEL também demonstrou proximidade. Quando chegava pela manhã, meu cumprimento era de um “bom dia, Sr. URIEL”, ao que ele me respondia com um *bom dia*. A partir do quinto dia dos nossos encontros, sua resposta passou a ser ***bom dia, dona Rosângela***, que acredito ser demonstrado por uma maior intimidade, confiança e segurança.

Por mais cuidados que tivesse, observando os pressupostos quanto à comunicação e relação interpessoal, com ambos os clientes, senti que com MURIEL estabeleci a relação mais comprometida, mais fortalecida, mais envolvente.

Talvez pelo seu interesse em querer aprender a ler, escrever (o que na verdade significava relembrar), revelando-se já nos nossos primeiros encontros. Penso que esse fato se tornou um “elo” da nossa relação, havendo um crescimento do seu interesse e demonstrando satisfação quando expressou *fico contente, com uma explicaçãozinha, eu aprendo*.

Dei a ele um caderno e uma caneta, identificando-os com o seu nome. Deixava, por sua solicitação, na maioria das vezes, algumas atividades, como palavras e frases para copiar e contas de matemática para resolver, para que as realizasse nos momentos em que não estava na Unidade. “Guardava” sob o seu colchão. Sempre desenvolvi as atividades, inclusive nos finais de semana, apesar de não acreditar nisso no início, devido á minha ausência nestes dias. Que pré-julgamento já estava fazendo, que presunção da minha parte subjugando o cliente, pondo em prática, desta forma, mais um dos aspectos mencionados por Travelbee: **a atitude de julgamento**. Mas a mudança ocorreu rapidamente; aprendi com MURIEL a não tirar conclusões precipitadas, a perceber o seu envolvimento efetivo.

Penso que com URIEL precisaria de um tempo maior para encontrar um “elo”, quem sabe, que pudesse ter fortalecido a nossa relação. Senti aqui a minha “impotência”, mais relacionada a resultados que gostaria de ter obtido durante o tempo em que permaneci com ele. No entanto, aprendi também com URIEL que as situações que se apresentam na vida nem sempre podem ser resolvidas de um momento para o outro e nem sempre da maneira que se deseja. já que na relação estão comprometidos dois seres humanos únicos.

Conforme Paula (1991), para cada necessidade sempre estará associada uma **necessidade contrária**, podendo ser representada, por exemplo, pelo fazer/não fazer (necessidade: Criatividade), dormir/não dormir (necessidade: Sono), comer/não comer (necessidade: Nutrição), amar/não amar (necessidade: Estima/Auto-estima), entre outras. Assim, coerente com este referencial , focalizo agora o segundo objetivo estabelecido para este estudo, que foi: **identificar a manifestação da necessidade contrária**.

## **IDENTIFICAÇÃO DA MANIFESTAÇÃO DA NECESSIDADE CONTRÁRIA**

### **- VISÃO MONOCULAR -**

Como foi definido, na visão biocular se reconhece a existência das necessidades e suas respectivas contrárias, porém se assiste como se fossem uma só. Já na visão monocular se reconhece a existência das necessidades e suas respectivas contrárias, porém são assistidas uma e outra separadamente. A necessidade contrária de uma outra necessidade, por si só, existirá em todos os momentos de nossa vida, no entanto, ambas se manifestam em tempo e espaço diferenciados ou semelhantes. Importante se faz lembrar que a necessidade contrária não necessita ser representada sempre por uma negação, mas pelo momento (tempo e espaço) em que esteja sendo sentida. Desta forma, nem sempre a negativa significará a necessidade contrária. Pode ser exemplificada com a necessidade de comer (Nutrição). Se a necessidade que se manifesta é “não comer”, e essa é a necessidade que deve ser atendida, a contrária será “comer”. Da mesma forma, se, ao chegarmos em uma Unidade, encontrarmos todos os clientes adormecidos e o funcionário acordado, supõe-se que os enfermos estarão atendendo a necessidade “dormir” e a contrária (indesejada) é de que estivessem atendendo o “não dormir”. Por outro lado, provavelmente o funcionário estará atendendo a necessidade “não dormir” mesmo que a necessidade “dormir” fosse por ele manifestada.

Quando se atende à necessidade, progressivamente esta diminui e aumenta, também progressivamente, a manifestação da necessidade contrária. Isto é, à medida em que se vai atendendo uma necessidade e chegando ao seu limite, a outra então passa a surgir, ou seja, à medida em que se atende à necessidade “não dormir”, esta diminui, e a necessidade “dormir”, que aqui poderia ser considerada a contrária, conseqüentemente aumentará.

Os clientes, sujeitos deste estudo, são pessoas acometidas por um transtorno mental. Segundo constatações de Paula (1991, p.63) de que a “a abordagem da doença mental é ainda assunto não esgotado, uma vez que nenhuma proposta foi considerada totalmente concludente e satisfatória”, e pelo que já foi enunciado, os transtornos mentais podem, conforme a ótica das **necessidades humanas básicas**, ser além do excesso ou falta de atendimento de uma determinada necessidade, uma manifestação da **necessidade contrária**.

O que quero dizer é que poderia existir uma diferença na variável tempo/espaço entre as necessidades manifestas e as respectivas contrárias, explicável também para os sintomas dos transtornos mentais, que podem surgir quando um indivíduo permanece por longo tempo atendendo uma necessidade sem manifestar ou atender a necessidade contrária, ou quando existe uma sobreposição das duas com a mesma intensidade.

Por se tratar de um primeiro estudo, que tenta olhar de uma forma diferente às necessidades e ainda observar as contrárias que se apresentariam, torna-se impossível tirar conclusões precipitadas. Este “desvelar” se faz dando os primeiros passos em um caminho a ser percorrido.

Ao reconhecer que pessoas institucionalizadas atendem necessidades contrárias, pode-se, então, diminuir a oferta de atendimento dessas necessidades e estimular a manifestação de necessidades contrárias àquelas. Sei que é comum em instituições psiquiátricas os clientes receberem altas doses de sedativos, soporíferos, ou seja, com isto se estimula a necessidade dormir da necessidade nula Sono. Para que o cliente manifeste a necessidade contrária, não dormir, ou alguma oposta, ter-se-ia que diminuir a necessidade dormir da necessidade Sono. Caso contrário, ocorrerá o perpetuamento da manifestação e atendimento da necessidade dormir, em detrimento da não dormir.

A seguir, descrevo, resgatando de alguns Diagnósticos Situacionais levantados, e das ações, posturas ou comportamentos de MURIEL e URIEL, a manifestação, do que me parece ser, a necessidade contrária:

### **CLIENTE MURIEL**

Diagnóstico situacional 1: Permanece sentado, com a cabeça fletida e olhos direcionados ao chão.

Diagnóstico de natureza: - Estima, expressa pela necessidade não sentir;

- Gregária, expressa pela necessidade não viver em grupo;

- Comunicação, expressa pelas necessidades não enviar e não receber mensagem;

- Participação, expressa pela necessidade não participar;

- Espaço, expressa pela necessidade não se expandir.

Olhando sob um novo prisma, penso que o comportamento do cliente traduz o atendimento de necessidades contrárias. Assim, sabendo-se que o saudável representa a manifestação, em um determinado tempo e espaço, ora de uma, ora de outra necessidade, a assistência poderia ser efetivada se a sua ação fosse redirecionada, iniciando pelo estabelecimento de uma relação interpessoal, através de uma comunicação terapêutica.

Quando cumprimentava MURIEL, no primeiro momento, erguia sua cabeça, direcionava seu olhar à minha pessoa, estendendo sua mão ao encontro da minha, respondendo com um *bom dia*. Portanto, manifestou a necessidade Comunicação (enviar e receber mensagem). No entanto, retornou logo à situação ou postura anterior, atendendo a necessidade não enviar mensagem. A prática usual frente a estas situações é geralmente de atribuir que o cliente apresenta resistência às abordagens, o que implica na manutenção do estado com a desistência do terapeuta em continuar com a intervenção.

Porém, ao entrar em contato novamente com MURIEL, perguntando o que achava de participar comigo do estudo que iria fazer, ergueu a cabeça e respondeu *acho bom*. Todos os dias, logo que me encontrava com MURIEL, sua postura era a mesma. No entanto, a partir do momento em que me dispunha a lhe oferecer atividades do seu interesse, e que pareciam estar lhe proporcionando um “bem estar”, expressado muitas vezes por um sorriso, *tô contente, fico mais contente*, as modificações iam ocorrendo.

Quando falo em modificações, quero referir-me ao atendimento das necessidades contrárias para o atendimento das necessidades correspondentes. Entendo que através dos estímulos é que surgem as necessidades não contrárias, o que favorece a mudança de estado.

Ao falar em estímulos, que se queremos “fazer” com que o cliente manifeste a necessidade contrária àquela que esteja atendendo, em um determinado tempo e espaço, pode-se obtê-la indiretamente quando estimulamos uma necessidade oposta. Isto é, através de atividades oferecidas e que lhe foram interessantes, atendendo as necessidades Criatividade - fazer e Aprendizagem - aprender, MURIEL apresentava mudanças em sua postura, comunicando-se, participando, interagindo e expandindo-se.

Diagnóstico situacional 2: Não sei conversar, não converso, não lembrava quando veio

para a instituição, não sabia ler, não sabia escrever, não sabia desenhar.

- Diagnóstico de natureza:
- Comunicação ,expressa pelas necessidades não enviar e não receber mensagem;
  - Participação ,expressa pela necessidade não participar;
  - Aprendizagem, expressa pela necessidade não aprender, não saber;
  - Gregária, expressa pela necessidade não viver em grupo;
  - Orientação tempo e espaço, expressa pela necessidade não lembrar.

Era assim que MURIEL se comportava. No entanto, durante o período em que interagimos, respondia aos meus questionamentos, como quando falava – *Plantava milho, arroz, trigo, batatinha e feijão e a gente comia; Gosto de jogá dominó, baralho, canastra, pife, bisca, desenhar, fazer bandeirinha; Gosto de xote, valsa, bolero, tango, rancheira.* Da mesma forma, respondia à pergunta de outro cliente – *Sou de Jaborá, divisa com Castelo Branco, perto de Joaçaba,* e também solicitava – *Quero fazer contas.*

Independendo da interpretação psicológica, constatou-se que, ao ser estimulado, o cliente manifestava a necessidade “lembrar” (Orientação tempo e espaço), como quando lhe eram oferecidas revistas e lia o que estava escrito, errando em algumas palavras, por mim corrigidas e era por ele repetidas, olhando em minha direção e expressando-se com um sorriso, dizendo *tô contente.*

Sobre seus estudos, ressaltou que aprendeu *só a cartilha.* Ao lhe fornecer folhas e canetas, desenhava flores, casa, lua, sol, entre outros; escrevia o abecedário e lia em voz alta. A cada letra que escrevia, retornava à primeira e falava alto até chegar na próxima. Disse não saber (da necessidade Aprendizagem) apenas a letra j e a q, as quais lhe ensinei. Era elogiado e incentivado em todos os momentos. Disse querer escrever números, mas que não sabia. Escrevi para que ele copiasse do número zero ao dez. O interessante é que copiou todos os números e continuou até o número cento e nove, dizendo não saber como era o cento e dez. Mostrei a ele e assim continuou escrevendo até o número duzentos, demonstrando um contentamento com o que estava realizando. Quando MURIEL

expressava a necessidade “não saber” da necessidade Aprendizagem, na verdade, ele tinha o conhecimento, a necessidade “não lembrar” da necessidade Orientação tempo e espaço é que estava manifestando, mas que, com um estímulo, a reversão ia ocorrendo.

Esta situação se repetiu com contas de somar, subtrair, multiplicar e dividir, tabuada, dizendo *quero fazer, mas não sei, não aprendi, o professor não ensinô conta*. Orientei-o e, então consegui realizá-las. Quando lia o resultado final, esboçava um sorriso, parecendo expressar alegria, e sempre reforçado por mim que estava correto e que ele sabia, apenas não lembrava.

Essas atividades continuaram durante todo o período em que permaneci na Unidade, que penso já estar atendendo as necessidades contrárias àquelas anteriores à intervenção.

Normalmente quando o cliente assim se apresenta (ele não sabe, ele não lembra, ele não, ..., não...) o que fazemos? Se permanecer manifestando somente uma (necessidade ou necessidade contrária) em um período muito longo, pode, de certa forma, significar anormalidade, na verdade não estaremos prestando a assistência adequada ao cliente, não favorecendo mudanças de comportamento, cronificando-o cada vez mais.

Diagnóstico situacional 3: Ai, que dor.

Diagnóstico de natureza: - Percepção dolorosa ,expressa pela necessidade sentir dor;

- Participação, expressa pela necessidade não participar;

- Criatividade, expressa pela necessidade não fazer e não produzir ou reproduzir idéias e coisas;

- Locomoção, expressa pela necessidade não se mover.

A manifestação da necessidade sentir dor implica na manifestação das necessidades não participar da Participação, não fazer ou não produzir ou reproduzir idéias e coisas da Criatividade e o não se mover da Locomoção, já que as necessidades contrárias se sobrepõem e as de maior grandeza aparecem. As necessidades que são estimuladas, na visão biocular, representam atividades e provocam aumento da dor, como o participar da Participação, o fazer da Criatividade, o mover-se da Locomoção, que não deveriam ser atendidas enquanto o cliente sentir dor.

Diagnóstico situacional 4: *Não posso caminhar* (enquanto caminhava com passos lentos).

Diagnóstico de natureza: Locomoção, expressa pela necessidade não se locomover.

Percebo aqui uma sobreposição do “locomover-se” e do “não se locomover” (necessidade Locomoção). Para atender completamente o não se locomover, o cliente permanece sentado; ao caminhar ele atende o locomover-se, que, como necessidade contrária, se sobrepõe ao não se locomover, por isso ele caminha devagar. Na visão biocular se interpreta sempre como uma, isto é, a necessidade que aparece e que se representa é a maior. Observo que o cliente, mesmo atendendo à necessidade locomover-se, quando o acompanhava e ele caminhava, manifestava a necessidade contrária quando lhe perguntava sobre o que achava de caminhar e que respondia, no primeiro momento, *agora não*. Por outro lado, ao atender à necessidade locomover-se, o cliente atenderia às necessidades Gregária, Criatividade, Participação, Aprendizagem e Estima, através das atividades que lhe eram proporcionadas, como desenhar, escrever, resolver contas, participar de jogos (e que expressava gostar) exigindo que ele se deslocasse de um local a outro. Penso que, neste caso, a hierarquização das necessidades superava a necessidade contrária., que como refere Paula (1998)<sup>18</sup>, a hierarquização é uma posição de cada pessoa.

Diagnóstico situacional 5: *Todos casaram, só eu não*, (referindo-se aos irmãos).

Diagnóstico de natureza: - Gregária, expressa pela necessidade não viver em grupo;

- Sexualidade, expressa pela necessidade não sexuar;
- Estima, expressa pela necessidade não amar;
- Auto-imagem, expressa pela necessidade não se definir.

MURIEL não formou um grupo familiar, isto é, mulher e filhos. Da mesma forma, a não integração com o grupo que compartilha da mesma Unidade e o não reconhecimento dessas pessoas ao não se integrar, atende também a necessidade de não viver em grupo. Isto foi observado pelo fato de que permanece grande parte do seu tempo sentado na cama ou sozinho no pátio da Unidade, e também, em momento algum, sem a minha interferência, conversa com outro cliente.

---

<sup>18</sup> Diálogos ocorridos em encontros.

Diagnóstico situacional 6: Levanta e veste roupas com dificuldade.

Diagnóstico de natureza: - Motilidade, expressa pela necessidade não mover;

- Percepção dolorosa; expressa pela necessidade sentir dor.

A dificuldade em levantar e vestir as roupas significa o atendimento da necessidade “mover” e de sua respectiva contrária “não mover”, como se explica: se o cliente não estivesse atendendo ao mesmo tempo a necessidade e sua contrária, levantaria sem dificuldade. Na sobreposição da necessidade e sua contrária, a que aparece é a maior. Por isso é que, na visão biocular, se interpreta sempre como somente uma. Assim, quando o cliente levanta com dificuldade, estamos sujeitos a não valorizar a necessidade contrária, que se apresenta, por desconhecê-la, que significa o “não se mover”. O meu intento foi ampliar o mover convidando-o para atividades do seu interesse e que implicassem em deslocamento no espaço, sem entretanto, diminuir a manifestação do não deslocar-se sem algum motivo realmente significativo para ele.

## **CLIENTE URIEL**

Diagnóstico situacional 1: O chão, ao lado de sua cama, encontrava-se sempre sujo (pedaços de papel, cinza, fumo, fósforos, sobras de alimentos).

Diagnóstico de natureza: - Espaço, expressa pela necessidade não se expandir;

- Gregária, expressa pela necessidade não viver em grupo;

- Estima, expressa pela necessidade não sentir (direcionando ao estabelecimento de relações interpessoais e grupais);

- Ambiente, expressa pela necessidade não limpar.

Era “hábito” de URIEL assim proceder. Orientações neste sentido foram dadas e, ao fazer o “feed-back”, o cliente tinha conhecimento do local no qual deveria ser colocado o lixo, *é pra deixar limpo, colocar no lixeiro, mas não tem*. Havia lixeiro no corredor. Foi posto um ao lado de sua cama, mas essa sua ação não sofreu nenhuma alteração, permanecendo assim até o último dia em que permaneci na Unidade.

Pelo fato de delimitar o seu espaço (não se expandir) URIEL estaria, assim penso, “bloqueando” a “invasão” de seu “território”, e assim, atendendo à necessidade contrária.

Diagnóstico situacional 2: *Eu quero descansar, tô cansado*, dirigindo-se ao seu quarto e deitando-se em sua cama, cobrindo-se totalmente (assim procedia depois de convites que lhe fazíamos para participar de alguma atividade ou mesmo já estando envolvido).

Diagnóstico de natureza:

- Comunicação, expressa pelas necessidades não enviar e não receber mensagens;
- Espaço, expressa pela necessidade não se expandir;
- Gregária, expressa pela necessidade não viver em grupo;
- Participação, expressa pela necessidade não participar;
- Estima, expressa pela necessidade não sentir (direcionado ao estabelecimento de relações interpessoais ou grupais).

Essa ação também era repetitiva. Com essa postura URIEL manifestava as contrárias, atendendo-as utilizando-se de uma necessidade oposta - Sono e repouso. Nesta situação, penso que URIEL estaria “dispensando” o profissional, não querendo estabelecer diálogo, quando também falava *amanhã eu converso*.

Ao “não se expandir”, quando cobre-se todo, URIEL delimita o “seu” mundo, que é o seu próprio corpo.

Diagnóstico situacional 3: O tempo de sua permanência no refeitório era de no máximo cinco minutos, alimentava-se em pequena quantidade, ficando seis dias sem almoçar, dizendo várias vezes que *a comida é ruim*.

Diagnóstico de natureza:

- Nutrição, expressa pela necessidade não se nutrir;
- Ambiente, expressa pela necessidade de ter um meio não favorável;
- Imagem, expressa pela necessidade não definir;
- Estima, expressa pela necessidade não sentir;

- Gregária, expressa pela necessidade não viver em grupo.

O refeitório é um local de tamanho inadequado ao número de clientes; uma grande parte dos clientes se alimenta deixando sobras de alimentos espalhados pelas mesas e chão; as refeições são oferecidas em bandejas (com colher), com uma apresentação que não estimula, pelo seu “visual”, o ato de se alimentar.

Percebi alternância da manifestação das necessidades contrárias em URIEL quando participou de almoço em local fora da Unidade. Um número menor de clientes, pratos e talheres (faca e garfo), alimentos dispostos na mesa para que se servissem. O cliente, nesta situação, comeu todos os alimentos que lhe foram oferecidos, permaneceu no local junto com os outros clientes. Assim atendia às necessidades Nutrição, Ambiente, Imagem, Estima e Gregária. Ao retornar à Unidade, as necessidades contrárias se manifestavam novamente.

Diagnóstico situacional: Tempo de internação, tanto de MURIEL quanto de URIEL.

Diagnóstico de natureza: - Terapêutica, expressa pela necessidade não ser assistido;

- Gregária, expressa pela necessidade não viver em grupo;

- Ambiente, expressa pela necessidade de viver em um meio não favorável;

- Sexualidade, expressa pela necessidade não sexuar;

- Criatividade, expressa pela necessidade não fazer ou não reproduzir idéias e coisas;

- Espaço, expressa pela necessidade não se expandir;

- Liberdade, expressa pela necessidade não ter a possibilidade de vir a ser.

Quando nos encontramos com algum tipo de transtorno, necessitamos de um apoio, de uma assistência que nos possibilite solucioná-lo ou amenizá-lo, ou seja, de uma necessidade terapêutica.

O tempo de internação, tanto de MURIEL quanto de URIEL, levando-os a serem considerados como clientes crônicos, implica na não resolução dos seus problemas.

A internação prolongada, me induz a supor que serve de estímulo para a manifestação de necessidades contrárias, quando não atende às seguintes necessidades: Gregária – família, parentes e amigos; Abrigo, Espaço, Liberdade – pelo afastamento da casa; não atende às necessidades Recreação, Lazer, Aprendizagem, Criatividade - pela mudança de atividades.

É importante considerar que o cliente, frente à manifestação e atendimento da necessidade contrária, de acordo com o Diagnóstico de Auto-suficiência e auto-suficiência, deve ser considerado como Auto-suficiente.

Neste capítulo descrevi a assistência de Enfermagem que foi prestada aos clientes MURIEL e URIEL embasada no Marco Referencial e no Processo de Enfermagem de Paula (1991,1993), e como, através dessa assistência, procurei identificar a manifestação das necessidades contrárias, observando seus comportamentos, posturas e ações, por momentos que foram vivenciados e compartilhados, conduzidos com muito respeito, confiança, dignidade, ética e, sobretudo, percebendo e sentindo o outro como um ser humano único.

No próximo capítulo **Refletindo sobre esse caminho...** tecer-se-á as Considerações finais desse estudo.

## **Capítulo 5**

---

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

### **REFLETINDO SOBRE ESSE CAMINHO...**

*“Não podemos mudar nem o mundo, nem o outro, nosso semelhante... mas podemos mudar nosso olhar a seu respeito e, por isso mesmo, nosso relacionamento”.*

Jacques Salomé (1994, p.92)

Considero este um estudo preliminar, não conclusivo, resultante de “interpretações” de uma realidade específica: “clientes com transtornos psiquiátricos internados em uma instituição psiquiátrica”, percorrendo ainda os primeiros passos nesse caminho. Cheguei até onde me foi possível neste momento, procurando abrir horizontes para novas implementações.

Ao viajar pela história da loucura, da psiquiatria, conhecer os olhares dirigidos a ela e hoje em que situação essa “loucura”, ou “transtornos psiquiátricos”, e os tratamentos propostos se encontram, observo que houve evoluções mas que muitos “nós” ainda precisam ser desamarrados.

Verifiquei que as três tendências básicas para explicar a doença mental proporcionam elementos favoráveis à escolha de qual delas estaria em conformidade com as possíveis convicções das pessoas. Direcionando-se ao método orgânico, a crença é de que a doença mental tenha como causa aspectos físicos, utilizando-se para isso de explicações através da fisiologia, bioquímica, neurologia, farmacologia, microbiologia, neuropsiquiatria, entre outros. Se a opção for pelo método psicológico, vendo a doença mental como uma incapacidade que a pessoa possui de defrontar-se consigo própria, reconhecer sentimentos, temores, impulsos, desejos inaceitáveis, a psicologia, a psicanálise e a psicoterapia sustentam este argumento. Mas se a escolha for pelo método mágico, atribuindo-se como causa da doença mental as influências malignas, a magia, feitiçarias ou práticas religiosas, então o utilizaremos como tentativa de influenciar a pessoa psicologicamente provocando mudanças.

A concepção mágico-religiosa das doenças surgiu com os povos primitivos que não conseguiam explicá-las, e, por isso, tentaram atribuí-las a causas externas, através de influências malignas, ou ainda como consequência de algo sobrenatural. Como o feiticeiro, o curandeiro, o xamã e o sacerdote eram as pessoas que tinham capacidade de estabelecer contatos, relações com os espíritos, a terapêutica era por eles determinada.

Observei na Psiquiatria antiga e greco-latina, datada de cerca de 200 a .C., o relacionamento da histeria com o deslocamento do útero pelo interior do corpo, explicado por Hipócrates como decorrente da falta de funcionamento sexual e tendo como tratamento desde o casamento até fumigações vaginais com plantas aromáticas, com o objetivo de conduzir novamente o útero à sua posição natural. Os romanos já acreditavam que não era a migração uterina que ocorria, mas a retenção de líquido, pela abstinência sexual, tendo como conseqüências a saída de sangue e as convulsões. Utilizavam, então, como terapêutica, sangrias, dieta alimentar e massagens corporais.

A Psiquiatria medieval foi para a psiquiatria a “Idade das Trevas”, com perseguição aos doentes mentais, condenação à fogueira e a execução do exorcismo. Estendeu-se até o início da Idade Moderna, com a criação dos “não menos brutais” hospitais psiquiátricos.

No período da Psiquiatria Francesa e a da Primeira Revolução Psiquiátrica, século XVII, ocorre a criação de locais específicos para o cuidado dos doentes mentais, dando-se com isto o início da classificação das doenças. A Primeira Revolução Psiquiátrica ocorreu em virtude da fundação dos hospitais e casas de saúde psiquiátricos e o seu reconhecimento. Philippe Pinel, ao final do século XVIII, recebe permissão para libertar os prisioneiros que viviam há mais de vinte anos acorrentados, em dois dos maiores hospitais da França.

No século XVIII é inaugurado, também na América do Norte, o Pennsylvania Hospital, no qual mesmo os pacientes ocupando porões, possuíam camas e quartos aquecidos. Benjamin Rush é considerado o pai da psiquiatria norte-americana e cria o tranquilizante.

Com a Psiquiatria Alemã e a Segunda Revolução Psiquiátrica, no final do século XIX, novas idéias começaram a surgir. Ernst von Feuchtersleben criou o termo psicose e Karl Ludwig Kahlbaum tentou sistematizar as formas de doença mental puramente clínica, mas Emil Kraepelin foi um dos grandes responsáveis pelo desenvolvimento da Psiquiatria na Alemanha, criando uma nosologia baseada no curso natural da doença.

Karl Jaspers iniciou a corrente psicopatológica. Eugen Bleuler criou o termo esquizofrenia para doenças com uma sintomatologia comum e Kurt Schneider descreveu os sintomas de primeira ordem da esquizofrenia.

É da responsabilidade de Ernest Kretschmer a melhor integração entre dados biológicos e psicológicos relacionados à abordagem das doenças mentais.

A “síndrome da institucionalização” foi um resultado negativo do sistema hospitalar público, ocasionada pela distância de sua localização, dificultando as famílias de permanecerem em contato com seus familiares.

Em 1845 é publicado o primeiro manual sobre os transtornos psiquiátricos e a partir da metade do século XIX começaram a ser sintetizadas substâncias como hidrato de cloral, paraldeído, sulfona, ficando para o final do mesmo século o início de estudos mais científicos, com barbitúricos, que começam a ser utilizados.

Com o surgimento de Freud , a partir de 1890 passa a desenvolver sua teoria do inconsciente. Utiliza a hipnose, a transferência, formula a teoria da libido. Direciona sua atenção ao dinamismo entre a personalidade e o meio ambiente.

A insulinoaterapia, a malarioterapia e a eletroconvulsoterapia são desenvolvidas no início do século XX. Surgem também a utilização do lítio, a clorpromazina, a imipramina e o primeiro benzodiazepínico (clordiazepóxido), seguido pelo diazepam. Ao estarmos finalizando o século XX, uma gama imensa de medicamentos é encontrada.

No início dos anos 50, baseado na proposta de Maxwell Jones, ocorre o desenvolvimento de novas formas de tratamento, sendo a comunidade terapêutica e o hospital aberto as mais importantes e inicia-se, em 1966, a desinstitucionalização com a construção de centros comunitários de saúde mental nos Estados Unidos.

Encontrei, na Sociopsiquiatria – Antipsiquiatria, H. Sullivan, reconhecendo as doenças de traumatismos psíquicos como resultantes de contigências exteriores durante o desenvolvimento. K. Horney contesta as opiniões de Freud e E. Fromm salienta que é da sociedade que brotariam os conflitos. J.L. Moreno concebe o psicodrama, tendo como base as noções de papel, espontaneidade e catarse.

A antipsiquiatria questiona as estruturas hospitalares psiquiátricas e surge na década de 60 estando envolvidos R. D. Laing, D. Cooper, A. Esterson e Thomas Szasz.

A década de 90 é conhecida como a “década do cérebro”, sendo o transtorno mental considerado como o efeito de um processo orgânico, é no interior do organismo que se encontrará a causa de seu estado doentio. Percebo aqui um retorno ao método orgânico.

No Brasil, a assistência psiquiátrica relaciona-se com o surgimento das internações dos doentes mentais, sendo o Hospício D. Pedro II (1852), localizado no Rio de Janeiro, considerado por muitos como o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira.

A primeira unidade psiquiátrica em hospital geral, conhecida, foi criada em 1817 na Santa Casa de Misericórdia de São João Del Rey. As internações que aqui eram realizadas passaram a ser substituídas por internações em hospícios, marcando assim o surgimento da psiquiatria no Brasil. Estes tinham como objetivos proteger o louco dentro de um espaço que lhe seria próprio e que assumiria aos poucos as especificidades da tecnologia manicomial, protegendo a sociedade que se sentia ameaçada por ele.

Em 1923 foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental e em 1941 o Serviço Nacional de Doenças Mentais, tendo como função gerir a política de doença mental, implantando os hospícios-colônias em várias capitais.

Com a utilização das drogas antipsicóticas na década de 50, o ambiente dos hospitais psiquiátricos foi sofrendo modificações, e a partir da década de 70, processos de transformações foram ocorrendo, tanto nos hospitais quanto na assistência prestada.

Em Santa Catarina, a história da assistência psiquiátrica inicia-se em 1909 com a construção de um hospital de alienados em Azambuja, no município de Brusque, visando atender pacientes que viviam acorrentados em porões, jogados pelas ruas ou mantidos em quartos e casebres, sem possibilidade de internação em instituições psiquiátricas mais próximas, que se localizavam em Porto Alegre (Hospital São Pedro) ou em São Paulo (Hospital Franco da Rocha).

A assistência era prestada pelas Irmãs da Divina Providência, sendo o cardiazol, a malarioterapia, a morfina, o banho de água fria e o eletrochoque os tratamentos utilizados.

Considera-se, no entanto, como o início oficial da assistência psiquiátrica em Santa Catarina, quando foi lançada a pedra fundamental do Hospital Colônia Santana, localizado no Salto do Maroim, município de São José, em 1941, tendo seu atendimento efetivo com a transferência dos internos do Hospital de Azambuja, juntamente com as religiosas e também de outros que vieram do Hospício de Joinville.

Segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde/Serviço de Saúde Mental (1997), Santa Catarina possui, para prestar a assistência psiquiátrica, três hospitais psiquiátricos: Instituto São José Ltda – São José, Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – São José, Casa de Saúde Rio Maina Ltda - Criciúma, um Manicômio Judiciário (Florianópolis), 45 serviços extra-hospitalares, em regime ambulatorial, sendo alguns já em regime de CAPS ou NAPS, além de 265 leitos públicos disponíveis para a psiquiatria em hospitais gerais.

Levantei também algumas considerações sobre as questões da desinstitucionalização e a reforma psiquiátrica.

O processo de desinstitucionalização já teve início na França desde a Segunda Guerra Mundial, com a psicoterapia institucional e nos anos 60 com uma psiquiatria caracterizada pelo atendimento em serviços organizados em um setor fixo da cidade.

Nos Estados Unidos, o processo de desinstitucionalização seguia os princípios da psiquiatria preventiva, sendo criados na comunidade serviços de saúde mental.

Em 1961, com Basaglia, na Itália, tem início o processo de desinstitucionalização da assistência ao doente mental, provocando grandes mudanças (Louzã Neto et al., 1995). Basaglia teve grande influência nos movimentos iniciados no Brasil.

É criada em 1975 em Bruxelas a Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria. Em 1990 é realizada em Caracas, pela OPAS/OMS, a Conferência Regional para debater a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no contexto dos Sistemas Locais de Saúde e em 1991 ocorre a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas, que adotou os *“Princípios para a proteção da pessoa com enfermidade mental e os relativos à assistência à saúde mental”* (Moreno, 1995).

No Brasil, desde a década de 70, movimentos de reforma já se faziam presentes, objetivando o rompimento com a tradição manicomial. Entretanto, a partir dos anos 80, tendo como marco de referência a desinstitucionalização italiana, é que o processo se inicia.

Apresenta-se, então, o Projeto de Lei da Câmara nº 8 de 1991, nº 3.657 de 1989, na casa de origem, do Deputado Paulo Delgado, que é aprovado na Câmara de Deputados, mas rejeitado em 1995 na Sessão do Senado que aprovou o Projeto Substitutivo de Lucídio Portela e Sebastião Rocha. No entanto, em 1997 surge o Projeto de Lei sobre Saúde Mental preparado pelos órgãos técnicos do Ministério da Saúde, visando substituir os dois anteriores.

A nível estadual, alguns estados já aprovaram a Lei da Reforma Psiquiátrica e em outros encontra-se ainda em tramitação. Essa é a situação no estado de Santa Catarina com o Projeto de Lei nº 148 de 1993 dos Deputados Idelvino Furlanetto e Volnei Morastoni e do Substitutivo Global ao Projeto de Lei da Assembléia Legislativa nº 340 de 1995 do Deputado João H. Blasi, que foi aprovado na Comissão de Constituição e Justiça e que se encontra na Comissão de Saúde.

Estes Projetos de Lei têm uma importância fundamental para o indivíduo portador de um transtorno mental e para a assistência psiquiátrica, entretanto, como ressalta Rocha (1996, p.91), que mesmo não estando de acordo com a institucionalização manicomial não acredita “ ser possível superá-la sem tomá-la de assalto e ir produzindo mudanças desde o seu interior, tornando-a desnecessária ou utilizável para outra coisa, junto com todos os que estão implicados nela”.

Discorri também quanto à Enfermagem psiquiátrica, trazendo reflexões e conceituações de autores como Dally & Harrington (1978), Irving (1979), Travelbee (1979), Minzoni (1989), Paula (1991), Taylor (1992), Stefanelli (1993), Fraga (1993), Miranda (1994), Rocha (1994), Rodrigues (1996), Minzoni, Alencastre, Goulart, Paciência, Rodrigues, Silva, Carswell, Saeki apud Manzolli (1996). Lembrando, desde a criação da primeira Escola de Enfermagem no Brasil, da assistência de Enfermagem psiquiátrica exercida por pessoas que não tinham qualquer formação (guardas, serventes) refletindo sobre os maus tratos aos clientes, até as discussões que têm sido realizadas quanto ao ensino e à própria assistência, visando uma transformação frente às políticas de desinstitucionalização/reforma psiquiátrica.

A Enfermagem psiquiátrica se fundamenta a partir do momento em que estabelecemos um relacionamento terapêutico com o cliente, que se origina através de uma efetiva comunicação. Sendo o relacionamento terapêutico o principal agente de mudança terapêutica e a comunicação o recurso através do qual o relacionamento se institui, a competência em comunicação é uma prática que deriva da capacidade, do conhecimento de quem assiste, para que esse relacionamento possa ser sustentado.

A comunicação compreende uma variedade de processos e fenômenos, expressando-se tanto nas formas verbal, não verbal ou paraverbal. Autores como Weaver (1975), Epstein (1977), Travelbee (1979), Littlejohn (1982), Poyares (1983), Bordenave (1987), Berlo (1989), Silva (1991), Bidwhistell apud Watzlawick et al. (1993), Stefanelli (1993), Miranda & Miranda (1993), Nightingale apud Mendes (1994), King apud Mendes (1994), Deaux & Wrightsman apud Davies (1995), Magalhães & Peixoto (1995), Silva (1996), tecem considerações que se conjugam, levando a ter a comunicação como o âmago do relacionamento humano, relacionamento interpessoal, e que, nessa especificidade, é indispensável para propiciar uma adequada assistência de Enfermagem psiquiátrica.

Por ser o relacionamento interpessoal, a ferramenta essencial para o desenvolvimento da assistência de Enfermagem, as pessoas envolvidas devem ser reconhecidas como seres

humanos únicos, com suas próprias singularidades e especificidades, merecendo respeito e consideração, almejando que através dele as trocas e mudanças sejam favorecidas para ambos, com o objetivo de estabelecer essa relação efetivamente. Travelbee (1979), Gattás (1984), Berlo (1989), Rogers (1991), Miranda & Miranda (1993) fortalecem essas reflexões.

Toda a história, conceitos, reflexões e contribuições reforçaram o desenvolvimento deste estudo. Procurei aproximar o referencial utilizado (Paula, 1991,1993) com a realidade que vivenciei com dois clientes com transtornos psiquiátricos, prestando assistência de Enfermagem e identificando a manifestação da necessidade contrária nestes clientes.

Com MURIEL e URIEL estabeleci uma comunicação terapêutica, efetivando assim a relação interpessoal. E aí iniciou o desafio. Clientes especiais, como todos os outros, pois são seres humanos únicos, com histórias que talvez apresentar-se de modo diferente, cronificados como seres humanos, e com resgate da identidade ainda caminhando com passos lentos. Mendes (1997, p. 16-17) demonstra que o tratamento é que provoca a cronificação, sendo que no passado era a alienação e no presente a medicação, ou seja, “ (...) são adormecidos bioquimicamente... (...) o controle químico dos loucos”.

Parafrazeando Mendes, diria que seria o que foi identificado como atendimento das necessidades contrárias.

Consegui prestar assistência de Enfermagem aos clientes MURIEL e URIEL tendo como alicerce a aplicação do Processo de Enfermagem (Paula,1993) e pressupostos de Travelbee (1979).

Ao utilizar o Processo de Enfermagem, com o inter-relacionamento de suas etapas, constatei que ele permite orientar, direcionar e avaliar a assistência que prestamos ao cliente. É através dele que podemos identificar os problemas (Diagnóstico situacional) que se apresentam, utilizando o Histórico de Enfermagem (entrevista) que é concretizado com o estabelecimento de uma relação interpessoal alicerçada por uma comunicação terapêutica que deve permear o “fazer” do enfermeiro.

Formulei hipóteses diagnósticas, enumerando as necessidades que estavam em busca do necessário para atendê-las (Diagnóstico de Natureza). A partir da análise das condições apresentadas pelos clientes e arroladas as necessidades, observei se eles possuíam

capacidade ou incapacidade para, por si mesmos, atenderem às suas necessidades (Diagnóstico de Auto-suficiência e auto-insuficiência).

A Prescrição de Enfermagem foi realizada através do Diagnóstico de Enfermagem (Diagnóstico situacional, Diagnóstico de natureza e Diagnóstico de Auto-suficiência e auto-insuficiência), quando determinei a qualidade e quantidade dos necessários que seriam oferecidos ou administrados aos clientes.

A Evolução de Enfermagem me permitiu uma avaliação da Prescrição de Enfermagem, possibilitando acompanhar as variações da auto-suficiência e auto-insuficiência dos clientes no atendimento de suas necessidades, observando-se assim as mudanças de um estado para o outro.

O Prognóstico de Enfermagem foi determinado pela suficiência e insuficiência dos clientes para atenderem às suas necessidades. Os clientes tiveram um bom prognóstico quando evoluíram para a auto-suficiência; quando a evolução permaneceu ou foi para a auto-insuficiência, resultou em mau prognóstico.

Trabalhar com o inter-relacionamento das fases do Processo de Enfermagem, identificando os problemas; ou seja, as necessidades que se apresentaram, prescrever os necessários para atendê-las e confirmar a evolução ou não de mudança do estado de auto-insuficiente para auto-suficiente, podendo então fazer o seu prognóstico, foram acompanhados de muitas ações e reflexões que se fizeram necessárias.

Por existir um inter-relacionamento das Necessidades Psicobiológicas, Psicossociais e Psicoespirituais (Anexo 1) e como salienta Paula (1991), a necessidade é um ente que pré-existe, está presente todo o tempo, independente de “tensões”, ao fazer o Diagnóstico de natureza (necessidades) frente ao Diagnóstico situacional (problemas) levantado, enumeraria todas as necessidades. Contudo, para poder viabilizar a assistência utilizando esse Processo, procurei especificar as necessidades que estariam mais diretamente relacionadas aos problemas identificados como causa ou efeito e, a partir daí, atender às suas demais fases.

Ao se referir a estados de auto-insuficiência e auto-suficiência, é importante comentar que, por sermos seres humanos dinâmicos, estes estados poderão estar em constante alteração, isto é, frente à necessidade, em um determinado momento, podemos estar auto-insuficiente e em outro auto-suficiente ou vice-versa.

Com os clientes MURIEL e URIEL, parti, para cada diagnóstico situacional, sempre identificando-os como diagnóstico de auto-insuficiência e, chegando ao final, através da evolução com alguns diagnósticos de auto-suficiência para algumas necessidades. No entanto, para a maioria, obtiveram um mau prognóstico pois a mudança de estado, quando alcançada, não era permanente, e face à cronificação, a possibilidade de reversão do estado era e é pouco provável. dos prognósticos foi mau.

Prestar assistência aos clientes que já estavam há tantos anos internados, na verdade cronificados, institucionalizados, sem perspectiva alguma de retorno ao seu grupo familiar, já era de meu conhecimento, tendo certeza de que grandes mudanças não poderiam ocorrer em tão pouco tempo.

Trabalhar com o “doido”, “maluco”, “louco”, só pode ser coisa de “louco” também. É assim que muitos se referem. Mas trabalhar com “doido”, “maluco”, “louco”, é conseguir compreender, participando com ele na convivência. Significa retirar nossas “armaduras” e ver o louco como “cri-ONÇAS” que “estão a merecer mais amor e menos jaulas” (Mendes, 1997, p.231).

Penso que também é importante refletir sobre o que salienta Mendes (1997, p.70) quando diz que “existe muito louco assim, na vida, com saco cheio de utilidades, futilidades ou preconceitos, cargas emocionais conhecidas ou muito estranhas, na loucura aceita dentro dos padrões habituais de todos nós”.

De acordo com Mendes (1997, p. 156), “quanto mais intenso o contato com outras pessoas, numa vivência terapêutica ou na descontração espontânea da relação interpessoal, maiores possibilidades do retorno do louco às condições naturais da vida.”.

Eles não retornaram às “condições naturais da vida”, depois de tantos anos de internação, vivendo como um entre tantos outros, sem contato efetivo com o “outro mundo”. Porém, principalmente MURIEL, sentiu-se, no meu modo de ver, de alguma forma “iluminado”, transparecendo isso em nossos encontros.

Uma “criança grande” surgia, alegrando-se com o simples fato de somar  $2 + 2$ , de desenhar um sol ou de copiar a palavra amigo.

Esse foi um momento diferente, porém interrompido, em decorrência de ser apenas “alguém que passa” neste caminho, e que sem ter a exclusividade do cuidado, retornará ao seu cotidiano.

São seres humanos que apenas ocupam uma cama, um “espaço” que lhes “foi oferecido”, alimentam-se e continuam com a terapêutica medicamentosa. E assim vão “vivendo”...

Percebi, de forma clara, que, durante essa minha passagem pela Unidade, fui uma “referência” também para outros clientes. Procurei dar atenção, estar entre eles, proporcionando momentos de recreação e de escuta.

A sensibilização aflorou. Muitos clientes sabiam meu nome e quem eu era como profissional. Era “recepcionada” a cada dia e sempre me perguntavam se voltaria no outro dia. Isto ocorreu desde o primeiro dia e durante todo o transcorrer do estudo. Acredito ter sido este o principal estímulo que recebia, reconhecendo muitas vezes minha impotência diante do ser humano único que ali “curtia” sua vida. Apesar disto, tive interesse e “prazer” em ser útil ao outro, em estar na Unidade durante todo o período. Apresentou-se uma situação muito interessante quando um cliente me questionou quanto ganhava para estar ali e que “prazer” tinha de estar naquele lugar. Nesta situação, posso concluir, que ele demonstra a imagem que tem do ambiente em que está inserido.

A receptividade foi recíproca. A relação foi estabelecida e mantida com todas as pessoas, além dos clientes, que de, alguma forma, vivenciavam a Unidade. Senti-me à vontade, com a sensação de estar em minha própria casa, integrada à equipe.

Experimentei, no início, medo e ansiedade em tentar aprofundar os estudos de Paula referente às necessidades contrárias, que, até então, no universo do conhecimento ao qual tive acesso, ainda não haviam sido abordados. Além disso, assustava-me a realidade e a necessidade de ter que também fazer inferências que não poderiam ser corroboradas por outros autores, que me permitissem buscar parâmetros de aferição expondo-me de frente à possibilidade de um novo conhecimento. Apesar deste sentimento inicial, percorri o caminho que escolhi, até onde minhas possibilidades e capacidades o permitiram.

Na verdade, encontrei em Nakamae (1975) uma reflexão, que me parece estar “implícita”, sobre a necessidade contrária, quando fala sobre a abordagem e tratamento convencional da Enfermagem (visão tradicional), reconhecendo que seus resultados não são eficazes, recomendando proporcionar uma “terapia de Enfermagem” inversa à manifestação a que tem sido utilizada (seria perceber a manifestação da necessidade contrária?).

Já Dias (1998) mostra “explicitamente” o “não querer amamentar”, porém assiste com uma visão biocular (poderia ser o reconhecimento da necessidade contrária?).

Relembro, aqui, que a necessidade contrária de uma necessidade se faz presente sempre em todas as situações de nossa vida, tendo, no entanto, a sua manifestação em tempo e espaço específicos. Assim, quando a necessidade é atendida, vai diminuindo, gradativamente, e aumentando, também gradativamente, a manifestação da necessidade contrária, ou seja, ao se atender uma necessidade e esta chegar ao seu limite, a outra se manifesta.

Da mesma forma, ao se apresentar essa manifestação, não implicará que sua característica sempre seja de uma negação, pois dependerá do tempo e espaço nos quais estará sendo sentida.

Entendo, no entanto, que o permanecer por um longo período atendendo uma necessidade sem manifestar ou atender a sua necessidade contrária, pode ser explicável também para os sintomas dos transtornos mentais.

O estudo me permite concluir que quando a situação que observamos, por princípio, não é considerada como problema para o cliente, este poderá estar atendendo à necessidade contrária àquela que o enfermeiro está diagnosticando, tomando como exemplo o “não caminhar”.

A verificação da manifestação da necessidade contrária, além de respeitar essa possibilidade, permite diminuir manejos inadequados e compreender o estado em que o cliente se encontra. É nesse contraponto com o cliente que poderemos evitar o manejo inadequado, retomando, como exemplo, o já citado acima, que seria o de convidá-lo com insistência para que caminhe, quando ele assim não o deseja, porque está manifestando a necessidade contrária àquela que nós queremos que ele manifeste.

Percebo que uma das maneiras de estimularmos a manifestação da necessidade contrária àquela que o cliente está atendendo, em um determinado tempo e espaço, poderia ser estimulando a manifestação de uma necessidade oposta. Observei em MURIEL que, quando ao estimulá-lo, por exemplo, a necessidade oposta Aprendizagem, oferecendo-lhe atividades (necessário) que a atenderiam, ele manifestava o “caminhar” (necessidade Locomoção).

Quando me refiro a estimular a manifestação de uma necessidade oposta, pensando em “retirar”, neste contexto, o cliente da manifestação e atendimento permanente da

necessidade contrária, não significa desrespeitá-lo, mas sim favorecer o atendimento de outras necessidades que, perante a assistência que lhe é oferecida, não tem sido possibilitada.

Avalio que considerando essa nova maneira de ver, perceber e identificar a manifestação da necessidade contrária, trabalhando no nível de formação, ensino de Enfermagem, isto nos conduzirá, através de algumas reflexões, a observar as mudanças que ocorrem devido a forma de assistir o cliente.

Julgo que foi possível, de algum modo, a partir dos comportamentos dos clientes, perceber a manifestação da necessidade contrária. Sinto, entretanto, que esse é apenas um início dentro deste caminho, sendo necessários muitos outros momentos para uma melhor compreensão, aprofundamento e reflexões que possam direcionar para mudanças concretas na forma de ver, perceber e assistir o ser humano, que aqui se apresenta como o “LOUCO”.

Este estudo está direcionado a clientes psiquiátricos, no entanto, ao pensar em necessidades contrárias, vejo que poderá ser encaminhado a qualquer campo de atuação.

## **Referências Bibliográficas**

---

---

**ALICERÇES QUE AJUDARAM A TRILHAR ESSE CAMINHO...**

“A liberdade expressa a originalidade única de cada pessoa. As leis que podem expressar-se nos seres livres nunca poderão ser realmente absolutas. Nesse caso, a universalidade se dá na profundidade única de cada sujeito único. Ai está a característica misteriosa do humano. Cada homem é sempre um mistério para o outro, por mais que este possa empregar analogias de sua própria experiência em relação a do primeiro”.

J.L. Idi goras apud Isabel A. C. Mendes (1994, p.70)

ALEXANDER, Franz G., SELESNICK, Sheldon T. **História da psiquiatria : uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o momento.** Tradução por Aydano Arruda. 2. ed. São Paulo: IBRASA, 1980.

AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BARRETO, João. Transformações culturais no ocidente e suas implicações na ética psiquiátrica. **Revista Hospitalidade**, Portugal, v. 61, n. 239, p. 8-12, abr./jun.1997.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BERLO, David K. **O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática.** 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

BEZERRA JR, Benilton, AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BORDENAVE, Juan E. D. **Além dos meios e mensagens: introdução à comunicação como processo, tecnologia, sistema e ciência.** 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei da Câmara nº 8 de 1991. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Lei sobre modelo assistencial em saúde mental. Mimeografado.

- CAVALCANTI, Maria Tavares. Ética e assistência à saúde mental. In: FIGUEIREDO , Ana Cristina , SILVA FILHO, João Ferreira da (Org.). **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996. p. 73-84.
- CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia**. 5. ed. São Paulo: Ática, 1995.
- CIRNE-LIMA, Carlos. **Sobre a contradição**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1993.
- COOPER, David. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1967.
- CORRÊA, Josel M. **Estudo da influência das leis de proteção ao doente mental sobre assistência psiquiátrica**. Ribeirão Preto, 1980. 109 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- \_\_\_\_\_. **Um estudo jurídico e político sobre saúde mental**. Florianópolis , 1996, 261 p. Tese (Doutorado em Direito) - Curso de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina.
- COTOVIO, Vítor Biegas. Póxico, Ética em reflexão. **Revista Hospitalidade**, Portugal , v. 61, n. 239, p. 6-7, abr./jun. 1997.
- DALLY, Peter, HARRINGTON, Heather. **Psicologia e psiquiatria na enfermagem**. São Paulo: EPU, 1978.
- DAVIES, Patrick. Comunicação não verbal com doentes. **Revista Técnica de Enfermagem – Nursing**, Portugal, v. 8, n. 87, p. 22-25, abr. 1995.
- DIAS, Carla de Sousa. O fracasso para o aleitamento materno. **Cadernos de educação e enfermagem**, São Paulo, n. 2, p. 23-29, maio, 1998.
- DUARTE JÚNIOR, João Francisco. **A política da loucura: a antipsiquiatria**. 3. ed. Campinas: Papyrus, 1987.
- EPSTEIN, Charlotte. **Interação efetiva na enfermagem**. Tradução por Efigênia B. Mattos et al. São Paulo: EPU/EDUSP, 1977.
- FRAGA, Maria de N. O. **Prática de enfermagem psiquiátrica: subordinação e resistência**. São Paulo: Cortez, 1993.
- FRAYZE-PEREIRA, João. **O que é loucura**. 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

- GATTÁS, Maria Lúcia. Relacionamento interpessoal enfermeira-paciente. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 59-61, abr./maio/jun. 1984.
- GELAIN, Ivo. A ética na enfermagem: sua história e suas perspectivas. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 9-17, jul./dez. 1995.
- HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
- IRVING, Susan. **Enfermagem psiquiátrica básica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interameri - cana, 1979.
- JONES, M. **A comunidade terapêutica**. Tradução por Lúcia de Andrade Figueira Bello. Petrópolis: Vozes, 1972.
- LITTLEJOHN, Stephen W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- LOUZÃ NETO, Mário R. et al. **Psiquiatria básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- MAGALHÃES, Carolina Peixoto; PEIXOTO, Henry Maia. A comunicação terapêutica da enfermagem no relacionamento terapêutico enfermeira-paciente. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 47, 1995, Goiânia. **Anais...** Goiânia: ABEN e ABEN Go. 1995. 1076 p. p. 14.
- MANNONI, Maud. **O psiquiatra, seu “louco”, e a psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- MANZOLLI, Maria Cecília (Org.). **Enfermagem psiquiátrica: da enfermagem à saúde mental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- MEDEIROS, Tácito A. **Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. Rio de Janeiro, 1977, 167 p. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- MENDES, Eliezer C. **Loucura, Doença e Transcendência: O universo paralelo da Loucura ...A do louco e a dos outros...** 3. ed. Londrina: Universalista, 1997.
- MENDES, Isabel A. C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São

Paulo: Sarvier, 1994.

MINZONI, M<sup>a</sup> Aparecida. A natureza da enfermagem psiquiátrica. **Arquivos da Clínica Pinel**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 21-25, 1980.

MIRANDA, Clara F. , MIRANDA, Márcio L. **Construindo a relação de ajuda**. 8. ed. Belo Horizonte: Crescer, 1993.

MIRANDA, Cristina L. **O parentesco imaginário**. São Paulo: Cortez, 1994.

MORENO, Vania. **O Processo de desinstitucionalização e a reforma psiquiátrica: representações sociais entre profissionais e ocupacionais da enfermagem**. Ribeirão Preto, 1995, 227 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

NAKAMAE, Djair Daniel. Sintomas e tratamento: quando as fórmulas falham. **Revista Enfermagem em novas dimensões**, São Paulo, v. 1, n.1, p. 8-9, mar./abr. 1975.

PAULA, Wilson K. **Tangenciando a Teoria de Horta: uma abordagem situada em experiência de Enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro, 1991, 134 p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro – UNI-RIO.

\_\_\_\_\_. **Releitura da Teoria das Necessidades Humanas Básicas**. Florianópolis, 1993, 101 p. Tese ( Concurso de Professor Titular) - Universidade Federal de Santa Catarina.

PELBART, Peter P. Manicômio mental: a outra face da loucura. In: LANCETTI, A. **Saúde loucura** 2. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1990, p. 131-138.

PÉLICIER, Yves. Ética e psiquiatria. **Revista Hospitalidade**, Portugal, v. 61, n. 239 , p. 25-29, abr./jun. 1997.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Sobre uma política de saúde mental**. São Paulo, 1984, 161 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Ética e assistência em Psiquiatria. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina, SILVA FILHO, João Ferreira da (Org.). **Ética e Saúde Mental**. Rio

- de Janeiro: Topbooks, 1996. p 103-110.
- POYARES, Walter. **Falo – logo sou – o fenômeno humano da comunicação**. Rio de Janeiro: Agir, 1983.
- ROCHA, Eduardo de Carvalho. Ética e Assistência. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina, SILVA FILHO, João Ferreira da. (Org.). **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro : Topbooks, 1996. p. 85-101.
- ROCHA, Ruth Milyus. **Enfermagem psiquiátrica: que papel é este?** Rio de Janeiro : Instituto Franco Basaglia/ Editora Te Corá, 1994.
- RODRIGUES, Antônia Regina Furegato. Desenvolvimento da pesquisa em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL E III ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA, 4, 1996, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: USPE RP, 1996. 159p. p. 94.
- ROGERS, Carl R. **Tornar-se pessoa**. Tradução por Manuel José do Carmo Ferreira. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- ROTELLI, Franco, AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton, AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-55.
- ROUDINESCO, Elisabeth et al. **Foucault: leituras da história da loucura**. Tradução por Maria I. D. Estrada. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- SADIGURSKY, Dora. **Desinstitucionalização do doente mental: expectativas da família**. Ribeirão Preto, 1997, 224 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Peto, Universidade de São Paulo.
- SALOMÉ, Jacques. **Relação de ajuda: guia para acompanhamento psicológico de apoio pessoal, familiar e profissional**. Tradução por Guilherme João de Freitas Teixeira. 2. ed. Petrópolis: Vozes 1994.
- SANTA CATARINA. Assembléia Legislativa. Projeto de Lei nº 148 de 1993. Mi-

meografado.

SANTA CATARINA. Assembléia Legislativa. Substitutivo Global ao Projeto de Lei da Assembléia nº 340 de 1995. Mimeografado.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Saúde Pública DIAM/GERAE/Serviço de Saúde Mental. Dados epidemiológico-assistenciais do modelo catarinense de saúde mental – 1997. Mimeografado.

SANTOS, Nelson Garcia. **Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental.** Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

SANVITO, Wilson L. **O cérebro e suas vertentes.** 2. ed. São Paulo: Roca, 1991.

SERRANO, Alan Indio. **O que é psiquiatria alternativa.** 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1982. (Coleção Primeiros Passos)

\_\_\_\_\_. **Onze estações e um devoto de São Jorge: - Discursos Psicológicos num Serviço de Saúde Mental.** Florianópolis, 1998, 280 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

SILVA, Alcione Leite da, ARRUDA, Eloita Neves. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem? **Revista & Contexto – Enfermagem,** Florianópolis, v. 2, n.1, jan./jun. 1993.

SILVA, Maria da Luz. A comunicação como processo interativo de relacionamento terapêutico enfermeiro-cliente. **Revista Enfoque,** São Paulo, v. 19, n. 4, p. 16-19, dez. 1991.

SILVA, Maria J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** São Paulo: Gente, 1996.

STEFANELLI, Maguida C. Relacionamento terapêutico enfermeira-paciente. **Revista da Escola de Enfermagem – USP,** São Paulo, v. 17, n. 1, p. 39-45, 1983.

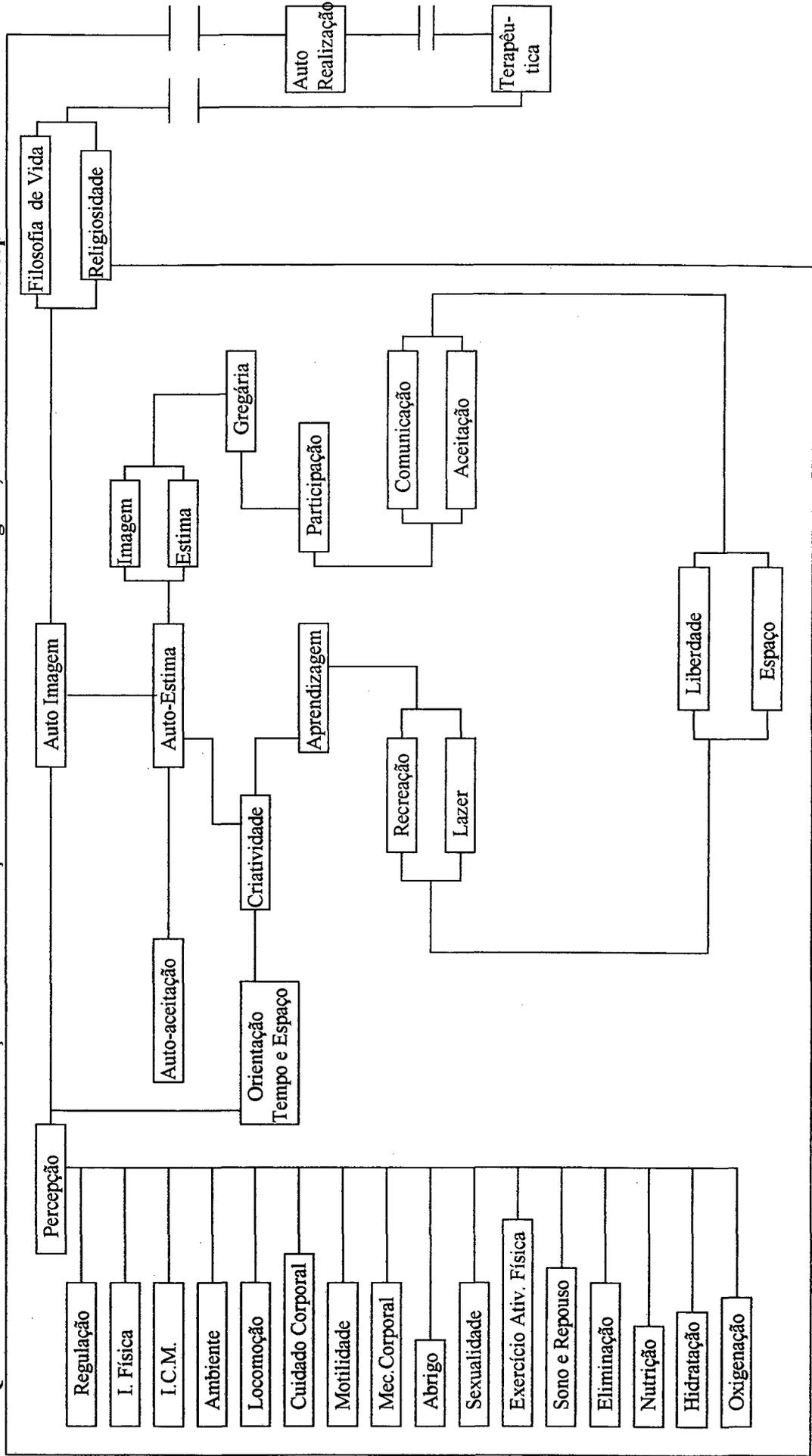
- STEFANELLI, Maguida C. **Comunicação com o paciente: teoria e prática.** 2. ed. São Paulo: Robe, 1993.
- TAYLOR, Cecelia Monat. **Fundamentos de Enfermagem psiquiátrica de Mer-ness.** Tradução por. Dayse Batista. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TEIXEIRA, Mário. **Hospício e poder.** Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1993.
- TRAVELBEE, Joyce. **Intervención en enfermeria psiquiatrica.** Colômbia: OMS/OPAS, 1979.
- VOLPATO, M. **Assistência de enfermagem no pré e pós-operatório segundo proposta teórica de inter-relações das necessidades humanas.** Florianópolis, 1988, 88 p. Trabalho acadêmico – Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- WATZLAWICK, Paul, BEAVIN, Janet H., JACKSON, Don D. **Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos.** 9. ed. São Paulo: Cultrix, 1993.
- WEAVER, Warren. Contribuições recentes à teoria matemática de comunicações. In: SHANNON, Claude E., WEAVER, Warren. Tradução por Orlando Agueda. **A teoria matemática da comunicação.** São Paulo, Rio de Janeiro: DIFEL, 1975.
- ZARDO NETO, João et al. Proposta da atuação em funcionamento no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – Ano 1996. Mimeografado.

## **Anexos**

---

---

**QUADRO RESUMO: Demonstração das inter-relações das Necessidades Psicológicas, Psicossociais e Psicoespirituais**



SÍNTESE DAS INTERNAÇÕES DO CLIENTE MURIEL

INTERNACÕES	ALTAS	TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO	TEMPO ENTRE AS INTERNAÇÕES	IDADE AO INTERNAR
1ª 19.06.73	26.10.73	4 meses e 6 dias	4 meses	27 anos, 7 meses e 14 dias
2ª 27.02.74	12.08.75	1 ano, 5 meses e 15 dias	2 meses e 7 dias	28 anos, 3 meses e 22 dias
3ª 20.10.75	26.09.77	1 ano, 11 meses e 5 dias	3 anos, 2 meses e 6 dias	29 anos, 11 meses e 15 dias
4ª 03.12.80	07.08.82	1 ano, 8 meses e 3 dias	7 meses e 6 dias	35 anos e 28 dias
5ª * 14.03.83	*04.11.83	7 meses e 20 dias	18 dias	37 anos, 4 meses e 9 dias
5ª * 19.03.83	*06.11.83	7 meses e 17 dias	16 dias	37 anos, 4 meses e 14 dias
6ª 23.11.83	*17.05.84	5 meses e 23 dias	6 meses e 26 dias	38 anos e 18 dias
6ª 23.11.83	*20.05.84	5 meses e 26 dias	6 meses e 23 dias	38 anos e 18 dias
7ª 14.12.84	X	12 anos, 6 meses e 13 dias (até 27.06.97)	X	39 anos, 1 mês e 9 dias
		Permaneceu hospitalizado, entre a 1ª e a última internação, 19 anos e 25 dias (até 27.06.97)	Permaneceu em casa, entre a 1ª e a última internação, 4 anos, 11 meses e 3 dias ou 4 anos, 10 meses e 28 dias	

\* Datas diferentes registradas no prontuário

## SÍNTESE DAS INTERNAÇÕES DO CLIENTE URIEL

INTERNACIONES	ALTAS	TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO	TEMPO ENTRE AS INTERNAÇÕES	IDADE AO INTERNAR
1ª 17.01.74	28.03.74	7 meses e 5 dias	2 anos, 1 mês e 25 dias	27 anos, 2 meses e 15 dias
2ª 19.10.76	22.12.76	2 meses e 2 dias	2 meses e 22 dias	29 anos, 11 meses e 17 dias
3ª 17.03.77	04.01.79	1 ano, 9 meses e 17 dias	4 meses e 19 dias	30 anos, 4 meses e 11 dias
4ª 24.05.79	09.08.79	2 meses e 15 dias	2 meses e 17 dias	32 anos, 6 meses e 22 dias
5ª 27.11.79	25.02.80	2 meses e 28 dias	2 meses e 28 dias	33 anos e 25 dias
6ª 24.05.80	X	17 anos, 1 mês e 2 dias (até 27.06.97)	X	33 anos, 6 meses e 22 dias
		Permaneceu hospitalizado, entre a 1ª e a última internação, 20 anos, 1 mês e 9 dias (até 27.06.97)	Permaneceu em casa, entre a 1ª e a última internação, 3 anos, 2 meses e 21 dias	

## ENTREVISTA COM O CLIENTE URIEL

Ao chegar na Unidade, dia com chuva, fui até o quarto do Sr. Uriel. Estava deitado, descoberto. Vestia camisa cinza, de manga comprida, calça beje, com sujidades, descalço e barba por fazer. O quarto também estava com lixo (papel e fumo) jogado no lado direito de sua cama. O lixeiro estava vazio.

*Mestranda:* Bom dia, sr. Uriel.

*Uriel:* Bom dia.

Respondeu, com olhar em direção ao teto.

*Mestranda:* Tomou café?

*Uriel:* Tomei.

*Mestranda:* O que veio com o café hoje?

*Uriel:* Café com leite e pão com margarina.

*Mestranda:* Quem arrumou as camas?

*Uriel:* A dona V.

*Mestranda:* E o sr. vai ajudar hoje?

*Uriel:* Vou.

Levantou-se e foi para outro quarto arrumar as camas. Só fiquei observando. Ficou ajudando durante, mais ou menos, 20 minutos. Após esse período, cheguei até ele.

*Mestranda:* O sr. viu o calendário que colocamos lá na parede, perto do Posto de Enfermagem?

*Uriel:* Não.

*Mestranda:* Quer ir lá para ver?

*Uriel:* Vamu.

Chegou próximo e ficou lendo.

*Muriel:* Mil novecentos e noventa e sete, maio, quarta, dia vinte e um.

*Mestranda:* O L. é quem vai trocar todos os dias. Amanhã, que dia é?

*Uriel:* Vinte e dois

*Mestranda:* Isso. Daí o L. vai mudar. E o dia da semana?

*Uriel:* Quinta

*Mestranda:* Ele trocará também. Assim, quando o sr. quiser saber em que dia do mês, da semana e o mês em que estamos, é só olhar aqui. O que o sr. achou?

*Uriel:* É bom, é bonito.

Disse e saiu, indo em direção ao seu quarto. Segui-o.

*Mestranda:* Sr. Uriel, depois vou deixar jogos e papéis com canetas lá no refeitório, se quiser ir até lá...

*Uriel:* Tá.

Saí. Depois de, mais ou menos, vinte minutos, o vi entrando no refeitório.

*Mestranda:* O sr. quer jogar ou desenhar?

*Uriel:* Deixa pra amanhã.

E saiu.

Fiquei no refeitório com o outro cliente por um tempo e depois fui à sua procura. Estava deitado em sua cama, todo coberto (corpo e cabeça). Só observei e saí.

Quando o almoço chegou, eu voltei ao seu quarto avisando a outros clientes e a ele. Cheguei próximo e perguntei:

*Mestranda:* O sr. vai almoçar?

*Uriel:* Não. A comida é ruim.

Saí do quarto. Comentei com um funcionário e perguntei: como ele ficara até as 19:00 horas? Questionei se ele poderia observar se o sr. Uriel faria o lanche da tarde e se jantaria. Disse que deixaria anotado no livro de ocorrências.

O sr. Uriel permaneceu deitado e todo coberto até a hora em que fui embora. Não me despedi.

## ENTREVISTA COM O CLIENTE MURIEL

Cheguei às 08:00 horas e vi o sr. Muriel sentado em em banco, no pátio, em frente à Unidade, com cabeça fletida e olhos direcionados ao chão. Vestia calça amarela, camisa verde, sem mangas e estava descalço e com a barba por fazer.

*Mestranda:* Bom dia, sr. Muriel.

Olhou para mim.

*Muriel:* Bom dia.

*Mestranda:* O que houve com o seu chinelo?

*Muriel:* Roubaram.

*Mestranda:* Quem pegou?

*Muriel:* Um paciente

*Mestranda:* O sr. sabe quem é?

*Muriel:* Sei

*Mestranda:* Como é o nome dele?

*Muriel:* Não sei.

*Mestranda:* Quando pegaram?

*Muriel:* Sexta-feira.

*Mestranda:* E onde estava a sandália?

*Muriel:* Comigo.

*Mestranda:* E o sr. estava onde?

*Muriel:* Sentado na cama. O paciente chegou e tiro.

*Mestranda:* O sr. quer a sandália?

*Muriel:* Quero.

*Mestranda:* Eu vou guardar a minha pasta no Posto de Enfermagem e volto para ver se conseguimos achá-la.

*Muriel:* Tá.

Fui até o P.E. e retornei ao pátio. Já fiquei olhando para os pés de alguns clientes, mas não vi as sandálias do sr. Muriel.

*Mestranda:* Como foi o seu final de semana?

*Muriel:* Tava bom.

*Mestranda:* O que o sr. fez?

*Muriel:* Nada.

*Mestranda:* Gostaria de fazer alguma coisa?

*Muriel:* Não sei.

Quando ele responde, às vezes olha em minha direção, outras vezes continua olhando em direção do chão.

*Mestranda:* O que o sr. acha de darmos uma caminhada?

*Muriel:* Vamu.

Ele levantou-se com dificuldades e começou a caminhar lentamente.

*Muriel:* Ai!

*Mestranda:* O que foi sr. Muriel?

*Muriel:* Que dor.

*Mestranda:* Onde está doendo?

*Muriel:* Nas costas.

*Mestranda:* E em mais algum lugar?

*Muriel:* Nas pernas.

Demos a volta pelo pátio. Ao chegarmos em frente à porta que dá entrada ao refeitório, onde se encontrava um banco, o sr. Muriel dirigiu-se até ele e sentou-se. Permaneceu calado. Sai para participar da reunião com os clientes que pertencem ao “PQM”. Quando retornei, estava quase na hora do almoço.

*Mestranda:* Sr. Muriel, já está chegando o almoço. Vamos entrar no refeitório?

Ele não respondeu, mas levantou-se e foi para o refeitório. Tem sentado sempre no mesmo lugar. A televisão estava ligada e perguntei:

*Mestranda:* O sr. gosta de televisão?

*Muriel:* Gosto.

*Mestranda:* O que o sr. gosta de assistir?

*Muriel:* Não sei.

Fui buscar sua bandeja. Os alimentos que vieram hoje foi arroz, feijão e carne ensopada, e ele comeu tudo. Após acabar de almoçar, foi até o banheiro e tomou água com as mãos, na torneira, e dirigiu-se para o seu quarto.

Antes de almoçar, uma funcionária fez sua barba. Hoje era o dia do grupo de clientes de que ela era responsável.

Fui até seu quarto.

*Mestranda:* Sr. Muriel, não consegui ver algum cliente com as suas sandálias. Pode ser que tenha guardado embaixo do colchão. No período da tarde, dê uma olhada para ver se o sr. consegue ver alguém com ela.

Somente olhou para mim e nada falou.

*Mestranda:* Amanhã eu volto. Tcháu.

*Muriel:* Tcháu.

Estendi minha mão e ele estendeu a sua. Apertei forte.

*Mestranda:* O sr. vai apertar minha mão?

Não respondeu, mas apertou fortemente.

*Mestranda:* Que apertão, sr. Muriel! Tcháu.

Olhou em minha direção, expressando um sorriso.