

# PREVENÇÃO PSIQUIÁTRICA: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA COMUNIDADE RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

Norma Faustino Rocha\*  
Marta Maria de Sousa Cunha\*\*

## RESUMO

*Este trabalho é o relato de uma experiência pedagógica de assistência de Enfermagem Psiquiátrica na comunidade. A autora considera esta prática essencial à promoção da conscientização dos alunos acerca da problemática social do doente mental, bem como a ampliação e inovação da assistência de Enfermagem aos indivíduos em seus aspectos bio-psico-sociais integrados.*

## ABSTRACT

*This paper is a report from an experience of pedagogy of assisting psychiatry nursing staff in the community. The author considers that this practice is essential for promoting the building-up of the conscience of the students about social problems from mental sickness as well as the amplifying and innovation of nursing staff assistance for individuals in their aspects of bio-psycho-social integration.*

## INTRODUÇÃO

A eficácia do atual modelo de assistência Psiquiátrica, privilegiando a assistência hospitalar com objetivo de tratar e reabilitar o doente para a convivência em sociedade, é bastante questionável. Na maioria das vezes, o paciente é visto como elemento passivo, incapaz de opinar e discutir a realidade, portador de uma doença cujos sintomas devem ser eliminados através de tratamentos prioritariamente somáticos (psicofarmacoterapia, eletroconvulsoterapia, etc.), e sem os quais tomar-se-ia elemento perigoso,

transgressor de normas sociais, necessitando, portanto, de reclusão e custódia. Ao ingressarem nestas instituições, comumente, os pacientes são submetidos a mudanças radicais em suas vidas. Destituído do papel que ele anteriormente desempenhava em sua rede social de relação, é investido de um novo – papel de internado – iniciando-se, então, um processo de formação e internalização no indivíduo da identidade de 'Doente Mental'. Este processo é caracterizado por condutas habitualmente adotadas nestas instituições que impõem, ao paciente a perda de seus direitos civis, de atribuições sociais, perda de sua iden-

\* Professora da disciplina Enfermagem Psiquiátrica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza e especialista em Metodologia do Ensino Superior.

\*\* Aluna do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza.

tidade e privacidade, perda da auto-imagem, noção de tempo e contato com o mundo externo, constituindo-se esta uma das formas através da qual a sociedade lida com a problemática da doença mental. Como resultado, o paciente torna-se submisso, apático, inibido, sem iniciativa, sem autonomia, sem responsabilidade e dependente da instituição. Este trabalho é o relato da experiência de prestação de assistência de enfermagem em saúde mental comunitária realizado pelos alunos da disciplina Enfermagem Psiquiátrica, da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, visando tratar o paciente em seus aspectos bio-psico-sociais integrados, auxiliando-o a lidar com situações de crises vitais e evolutivas, sem removê-lo de sua comunidade de origem, bem como, integrando os elementos da rede social de relações – Família e Comunidade – na mobilização de recursos capazes de promover a recuperação e reintegração do indivíduo.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Diante das evidências da problemática referida anteriormente, o modelo de assistência hospitalar tem sido bastante criticado pelos profissionais da área, engajados numa prática assistencial renovadora. Referindo-se às instituições psiquiátricas, afirma CAPLAN: "Embora sirvam à comunidade na medida que retiram da vista do público as causas das perturbações, estas instituições pouco fazem para satisfazer às necessidades dos próprios pacientes... A maioria dos sintomas de psicóticos crônicos que enxameiam os pavilhões dos nossos hospitais psiquiátricos foi introduzida pelo ambiente patogênico em que eles estão encarcerados e não pelo distúrbio mental que acarretou sua admissão". Pesquisas recentes provaram que o doente mental é sensível aos efeitos perturbadores do isolamento social e da privação emocional. As internações prolongadas ou reiteradas conduzem o doente a assimilação do comportamento desenvolvido pela instituição, onde ele organiza respostas adaptativas patológicas como resultado da internalização da identidade de doente mental ou possibilitam a emergência do Hospitalismo" que, de acordo com GOULART, citando A. FREUD; B. BETHLHEIM é SPITZ, é descrita como "doença de carência emocional, resultante da ausência de relações interpessoais significativas, levando assim ao empobrecimento da personalidade". DAMASCENO, citando PIKANÇO e COLS, afirma: "A hospitalização garante o papel do doente mental e assegura recursos para a

sobrevivência (alimentação e licenças-saúde); as famílias não têm condições de amparar o paciente, por falta de recursos disponíveis e pelo despertar de ansiedades paranoídes; ocorreram altas precoces ou antecipadas para satisfazer obrigações contratuais do INAMPS; a perícia médica identifica hospitalização como argumento para concessão de benefícios; ausência de segmento ambulatorial adequado; impossibilidade de sequência terapêutica, pois a cada internação o paciente vai para um novo hospital, inexistência de programas de reabilitação". Outros problemas derivados do isolamento do paciente concernente à sua exclusão em hospital é o fechamento de sua rede de relações sociais e as idéias estereotipadas que se formam em torno dele. A remoção de um paciente do ambiente familiar e social, de acordo com CAPLAN, interrompe suas relações e leva os outros a reajustarem suas vidas e sistemas sociais, a fim de transferirem as várias tarefas anteriormente destinadas a ele. Ao regressar para casa, o paciente se depara com a ausência de espaço, o que dificulta a sua reintegração ao ambiente, constituindo-se este um dos fatores que contribuem para o fracasso da ressocialização. A ausência prolongada do paciente do ambiente familiar e social e a ausência de participação ativa dos familiares e de outros membros do seu núcleo social no processo de reabilitação, bem como as lembranças, muitas delas traumáticas, do comportamento do paciente nos períodos de crise, resultam numa visão distorcida acerca do mesmo, que impregnam de forma negativa as expectativas ante o seu retorno, inibindo e acentuando sua inadequação ao ambiente. O resultado disto é um esforço adicional para fazer face às novas tensões que pressionam suas estruturas já fragilizadas.

Outra corrente de pensamento encarregada de questionar a validade do modelo assistencial psiquiátrico vigente e a Antipsiquiatria, que, discordando dos métodos de estudo e de ação da Psiquiatria e Psicologia tradicionais, propõe novas maneiras de encarar a loucura e de lidar com ela. Considerando a incompetência dos métodos usuais de assistência, comprovada estatisticamente pelo insignificante número de curas conseguidas, DUARTE JR. afirma: "Para se conhecer realmente a mente humana, ela deve ser estudada dentro do complexo jogo de relações que mantém com os outros indivíduos, em contextos sociais específicos. Nosso psiquismo é produto das relações que mantemos com nosso meio cultural."

Cientes da ineficácia da assistência psiquiátrica hospitalar, vários estudiosos vêm reformulando os conceitos acerca do doente mental e conseqüente articulação de práticas terapêuticas centradas na pessoa do paciente, desenvolvidas na comunidade, na qual o enfoque está dirigido para a saúde mental, levando em consideração os determinantes sócio-culturais dos fenômenos mentais. Segundo MINZONI, "sob este ponto de vista a doença é apreciada como um episódio de vida da pessoa".

O indivíduo, considerado como uma pessoa e como ser social, recebe e exerce influências sobre o ambiente, em sua vida diária. Desse modo, compreende-se o nível da saúde mental de cada um, conforme sua capacidade em resolver problemas de acordo com a realidade e com a cultura onde vive, tais como: tradições, hábitos, costumes, meio sócio-econômico e outros".

De acordo com essa abordagem, a Prevenção Psiquiátrica vem se constituir um corpo de conhecimentos adotados para planejar e executar ações destinadas a atender os pacientes nos níveis de prevenção, a saber: primário - visando reduzir a proporção de casos novos, em uma população, por certo período de tempo mediante atenuação das circunstâncias perniciosas que possam produzir a doença, provisão de suprimentos básicos e ação interpessoal, visando ajudá-lo superar a crise; secundário - visando reduzir a prevalência da doença mental através do diagnóstico, encaminhamento precoce e tratamento eficaz; terciário - baseada na adoção de condutas que promovam a reabilitação e ressocialização do paciente, possibilitando-lhe o resgate do potencial máximo de sua capacidade produtiva.

## DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

Com base nesses conceitos, docentes da disciplina Enfermagem Psiquiátrica da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, vem desenvolvendo um projeto de assistência de Enfermagem na comunidade, a ser executado pelos alunos do 6º semestre do curso de graduação em Enfermagem.

A população alvo é constituída por pacientes tratados sob o regime ambulatorial e egressos do Hospital de Saúde Mental de Messejana e o projeto objetiva desenvolver atividades de assistência psiquiátrica aos pacientes e familiares, abrangendo os três níveis de assistência, mediante ações que garantam o fornecimento de suprimentos bio-psico-sociais, no intuito de salvar a integridade psíquica da família; realização de diagnóstico e encaminhamento preco-

ces; tratamento eficaz e reintegração do paciente no ambiente familiar e na comunidade de origem. As atividades compreendem a elaboração do histórico do paciente visitas domiciliares semanais e elaboração do plano assistencial englobando ações nos níveis: primário identificar as áreas de conflitos nas relações familiares e intervir no sentido de melhorar o interrelacionamento entre os membros da família do paciente; secundário identificar na rede de relações sociais do paciente, outros membros da família vulneráveis ao desenvolvimento da doença, alertar os familiares para os sinais e sintomas discretos do distúrbio mental; encaminhar para investigação diagnóstica no Hospital de Saúde Mental de Messejana o indivíduo suspeito; esclarecer os familiares sobre a importância do tratamento ambulatorial para os membros já doentes na família; orientar os familiares como medicar o paciente e como proceder nas situações de emergências; terciário - esclarecer para os familiares do paciente o que é doença mental, sua natureza, etiologia e curabilidade potencial; auxiliar o paciente a manter-se em contato com familiares e amigos, incentivando a comunidade a aceitá-lo; esclarecer os familiares sobre a importância do contato contínuo com o paciente durante sua hospitalização; desestimular a prática reiterada de internações; orientar os familiares para incentivar e introduzir o paciente em atividades ocupacionais no próprio lar; orientar os familiares para incentivar maior participação do paciente na vida social e familiar.

Esperamos com isto renovar a atuação dos discentes da disciplina, bem como ampliar sua consciência acerca da problemática da doença mental com vistas à dinamização da assistência dentro de uma abordagem totalizadora do ser humano.

## RELATO DO ACOMPANHAMENTO REALIZADO POR UMA ALUNA DA DISCIPLINA NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 1990

### - Histórico - Identificação

C.R.B.R., 25 anos masculino, solteiro, estudante, sem ocupação atual, cor branca, brasileiro, católico, não apresenta história de internação hospitalar. Em sua primeira consulta no ambulatório do Hospital de Saúde Mental de Messejana, foram referidas queixas de isolamento, medos infundados, idéias persecutórias, alucinações auditivas, rejeição à dieta oferecida com quadro de desnutrição e palidez intensa.

Reside com os pais e uma irmã em casa de boa localização, arborizada, energia elétrica, água encanada, rede telefônica, ônibus à porta, coleta semanal do lixo. A casa é carente de ventilação e iluminação natural, possui 06 (seis) cômodos, telha de amianto, oferece pouca privacidade. Anexos à casa funcionam oficina de conserto de geladeira (do pai) e pequena fábrica de confecções (do irmão).

O paciente possui boa aparência, higiene corporal satisfatória, vestimentas limpas. Cooperativo e atento às perguntas, com respostas firmes, objetivas e imediatas. Pronuncia bem as palavras, mexe muito com as mãos atenção dirigida para as coisas variadas. Às vezes mantém fixo o olhar, depois passa a mão nos olhos, cabelo e abaixa a cabeça. Demonstra-se inseguro na presença da mãe. Nega tabagismo, etilismo e uso de drogas. Não realiza atividades físicas. Informa que gosta de ler revistas, jornais, livros e programas políticos. Refere insônia e inquietação.

#### – História da doença atual

Segundo o paciente, há cinco anos atrás, no período da noite, acordou e foi chamar a mãe no quarto, dizendo que estava com dor de barriga para o pai não ouvir. Mas não era isso que estava sentido e sim, medo, pois havia olhado pela brecha da porta e tinha visto gente do lado de fora. Não mais conciliou o sono e passou a noite sentado na cadeira até amanhecer. No dia seguinte, quando se dirigia ao portão viu um carro branco parado (Del-Rey) com uma família de cor morena que olhou para ele com cara feia e raiva.

Não conhecia a família e nem sabia explicar a causa dessa raiva. O pai saiu para ajudá-los, levou água para colocar no carro. A partir de então passou a sentir muito medo e foi conduzido pelos familiares para morar com uma tia em outro bairro e posteriormente com a avô, tendo retomado dois anos após devido agravamento de seu estado. A mãe queria que o paciente voltasse a estudar mas o mesmo não apresentou condições para isto, iniciando na ocasião tratamento em clínica particular com produtos naturais e acupuntura. De acordo com a mãe, o paciente não vinha tomando a medicação, pois encontrou os comprimidos espalhados no chão da casa. O paciente passou então a isolar-se no seu quarto, recusando falar e comer, só tomava leite de colher porque a mãe dava a força.

Foi conduzido pelos familiares ao Centro Espírita e rezadeira, não obtendo êxito. A mãe,

então, procurou o Hospital de Saúde Mental de Messejana para consulta ambulatorial.

#### – Circunstâncias de STRESS na vida do paciente que possam ter influenciado na emergência dos sintomas e traços de personalidade pré-mórbida.

O pai trabalhava numa fábrica de refrigeração desde os 18 anos de idade. Quando a fábrica faliu o pai montou uma oficina no fundo do quintal... "Passamos muita necessidade". . .

O pai era muito. . . "carrasco e falso moralista". Se envolveu com outra mulher. Quando os filhos descobriram ele se revoltou e perdeu a vergonha. Acha que o pai tem envolvimento com drogas... "... Se não trancarem a confecção ele tira peças de roupas para vender". (SIC) A mãe sempre foi muito protetora, mesmo que tivesse errado ela passava a mão. Sempre foi muito carinhosa. Quando criança, brigava muito com os colegas da escola e da rua. Todas as vezes que recebia reclamação, o pai batia nele. A mãe era contra essa atitude. Desde os dois anos gosta de fazer chantagem com a mãe e os irmãos. Tudo que ele queria eles faziam, caso contrário, ele desmaiava. "... Até hoje faz chantagem" (SIC). Concluiu o 2º grau porque a mãe pagava as provas de recuperação. Achava que era malandragem dele. No cursinho chamou um professor para brigar na rua e quis bater no diretor da escola. Foi ameaçado de morte por um marginal que morava próximo à sua casa. O pai foi defendê-lo e levou uma surra. A família chegou a ameaçar o marginal de morte. O paciente refere ter sentido muito medo. Na adolescência recorda ter sido vítima de afogamento. Sentiu-se muito angustiado - "... Pensava na mainha, no irmão, nos amigos, no pai... queria se despedir, achei que não ia dar tempo..." Conseguiu sair sozinho. Não sabia nadar, mas acha que neste dia aprendeu. Refere ter sentido alguém pegá-lo pelos pés, ficou com pavor d'água (SIC).

#### – Visão da família acerca da doença do paciente

O pai não acredita na doença do filho, acha que é "sem-vergonhice". O irmão acha que é preguiça. E a irmã refere não saber como a mãe agüenta passar a semana com ele. A mãe acha que o comportamento do filho é decorrente da doença. Mas nunca pensou nem deixou que o internassem. Porém, quando ameaça fazer, refere que ele fica mais calmo (SIC).

## REVISÃO PSIQUIÁTRICA DOS SISTEMAS

### – Sono e repouso

Prejudicados. Refere insônia que ele combate com remédios (SIC)

### – Sonhos e pesadelos repetitivos

Os sonhos são vívidos, variados e sempre muito ruins. Sonha com frequência alguém querendo matá-lo. Refere pesadelos frequentes. Nos sonhos, sente-se como se estivesse vendo por trás de uma parede. Sabe que esta no sonho mas não se vê (SIC).

### – Fantasias e devaneios

"Só tenho fantasias com dinheiro". Deseja ter uma empresa, que não seja muito grande mas que lhe dê muito dinheiro e status social. Querida possuir um pequeno hotel. Às vezes se imagina trabalhando como recepcionista, por causa do inglês e dos textos que já fez, outras imagina-se dono do hotel. Refere que a sensação é muito boa, usufruindo do lucro. Faz referências a hotéis de Fortaleza, Rio de Janeiro, São Paulo, Nova York. Expressa-se com admiração e alegria. Diz que as revistas, filmes e televisão ajudam a alimentar essa fantasia, porém frisa que não só ele, mas outras pessoas, têm fantasias. Quando ele vê filmes e televisão fica pensando e até sonha... (SIC)

### – Dados adicionais

Diagnóstico médico: esquizofrenia paranóide.

Atualmente realiza tratamento ambulatorial do HSMM. Mas, abandonou a reunião de egressos a qual vinha freqüentando.

Medicação: Neuroleptil e Fenegan

### – Relatório sintetizado do acompanhamento familiar

Na primeira visita à casa do paciente o encontrei sentado diante da TV, ligada com som alto, conversando sozinho e contando nos dedos os nomes das tias e respectivos filhos. Como não demonstrou notar minha presença, aproximei-me perguntando seu nome. Após apresentar-me e explicar o motivo de minha visita, fechou a televisão a pedido da mãe e perguntou se podíamos conversar agora. Com boa aparência, cabelos e barbas crescidos, higienizado, trajando bermuda azul,

sem camisa. Logorréico, cabeça encurvada, mexendo as mãos e atento a meus racunhos. Detalhista, costumava usar exemplos para justificar suas respostas. Referiu que não saía de casa porque não sabia conversar. "...Para não ficar feito besta nos lugares". Referiu ser uma pessoa doente. Gostava de ver TV, ler jornal e revistas, cantar e ouvir música. Referiu que às vezes ia até o portão, não saía. Não estava trabalhando, por isso não tinha dinheiro, mas sabia dar aula de inglês e vender confecções. Quando trabalhava como recepcionista de hotel gastava tudo que tinha com roupas (SIC). Foi orientado acerca de sua doença, tratamento e importância da integração social. Estimulado a retornar à terapia de egresso, no Hospital de Saúde Mental de Messejana, da qual fazia parte.

Em posterior visita domiciliar, a mãe relatou que o paciente havia feito comentários a meu respeito referindo que eu era uma moça nova que já trabalha e fazia faculdade. Lamentou não estar fazendo o mesmo. Foram observados progressos com relação aos cuidados de sua aparência e contato com o mundo externo, pois o paciente cortou seu cabelo e fez sozinho, durante a semana, passeios pela cidade, segundo ele: Aeroporto, Centro de Convenções, exposições da Holanda Artes, etc., tendo também saído à procura de emprego. Percebi que o mesmo muda de comportamento com a presença do irmão, ficando mais inibido. Entreguei um caderno para que ele fizesse exercício de auto-expressão, conforme havíamos combinado

Paulatinamente, venho percebendo maior entrosamento do paciente comigo. Durante os contatos iniciais, ao falar de seus problemas, expressava-os como se não lhe dissessem respeito. Agora fala de se não generaliza as afirmações. Recebi o caderno de auto-expressão. Ele escreveu e ilustrou sua história com figuras de revistas. Os temas de escolha foram Afetividade e Emoções, onde ele colou a gravura caricatura de uma família, intitulada "Os doze condenados" e acrescenta que é uma crítica à relação familiar. Relata que a infância foi boa, mas enfatiza a mudança brusca de condição econômica que o distanciou dos outros familiares e amigos. Relata sua preferência, o inglês, e coisas que valoriza, como o cuidar da aparência pela inovação do cabelo e roupas. Abaixo de uma gravura de bebê escreveu: "Para a satisfação de seu egocentrismo, é necessário que haja uma percepção de outras pessoas interessantes para com a gente". SEXO:

a colagem contém fotos eróticas, de práticas sexuais agressivas, sexo grupal e cenas de estupro. Registra "sonhos eróticos por uma atração sexual... pensamentos, um desejo físico que pode ultrapassar os limites". MEDOS: de deixar sua impressão digital e ser envolvido em confusão sem ter culpa. Sentia vontade de proteger os dedos com esparadrapo. Sente medo de policial porque presenciou seu irmão batendo em uma garota na delegacia; de Exército, porque lembra guerra, destruição; de prisão, ser decepcionado em público, ficar sem prestígio e sujo na praça; de morte, porque deixa lembranças tristes. SONHOS: refere que na adolescência sempre vinham os pensamentos e sonhos "que a confundia com a realidade". Tem medo de injeção, pois quando criança apanhou e foi levado à força para o hospital. Pensou que o médico ia matá-lo e desmaiou dentro do ônibus. RELACIONAMENTO: refere não saber falar eu te amo para as pessoas porque elas são rudes, sedimentares, grosseiras e que, decepcionado com o pessoal de sua casa, não consegue expressar esses sentimentos. Ainda registra: "em meus relacionamentos consigo ser uma pessoa coerente, passiva, controlada, atenciosa, compreensiva, e não exigente... Contudo, consigo levar a frente até um ponto determinado". HOMOSSEXUALISMO: encara como uma relação natural, mas que não se completa por não ser possível a fecundação. Alguns dos registros do caderno de auto-expressão foram melhor esclarecidos a partir de questionamentos ao paciente. Algumas vezes o paciente fazia mistério, deixando no ar algumas respostas ou não respondendo algumas de minhas perguntas.

Em visita posterior fui recebida pelo paciente com frieza e indiferença. A mãe informou que o paciente suspendeu a medicação queixando-se que a sonolência não lhe permitia sair. Tornou a se comportar de forma arredia e barulhenta. O médico havia orientado que a mãe não acordasse o paciente pela manhã para dar a medicação. Como o quadro se agravou, sugeri que retomasse a dosagem antiga e marcasse nova consulta para avaliação da terapêutica. O paciente informou ter conhecido, através do irmão, a professora da disciplina. Indagou se ela havia visto o trabalho que ele fez. Esclareci que o acompanhamento que eu fazia estava sob a supervisão dela. Não deu importância ao fato, mantendo-se superficial. Informou que compareceu a reunião de prevenção da cólera da Secretaria de Saúde do Município, fazendo-se passar por Secretário de

Saúde de Reriutaba e tendo recebido impressos e fichas de notificações, posteriormente, ao me ver portando um receituário médico sugeriu que eu mandasse fabricar um carimbo e falsificasse a assinatura de um médico para dar receitas e solicitar exames. Discutimos a validade destas condutas. Mudava diversas vezes de assunto ou interrompia o diálogo para realizar outras atividades despropositadas, como estudar verbos, cantar, etc. Estava inquieto. Atenção dispersa.

O paciente compareceu a um encontro na Biblioteca da UNIFOR. Objetivava com isso observar seu comportamento fora do ambiente familiar. Demonstrou-se, calmo, comunicativo, descontraído, respondendo aos questionamentos de forma segura, contrário ao comportamento habitual de indecisão que apresenta quando na presença da mãe. Falava em tom de voz alto e foi solicitado por um aluno a falar mais baixo. Atendeu prontamente. Passeou pelo campus achando-o bonito e agradável. Demonstrou interesses e inquiriu sobre os rapazes do Centro dizendo: "Cadê os rapazes?, nesse Centro só tem mulher!"

Ao folhear uma revista de moda, parava, olhava, buscava detalhes nas figuras masculinas. Percebi também que o paciente tem um comportamento indutor, abordado sobre isto, referiu que aquilo que tem vontade de realizar tenta atingir seus objetivos através de outra pessoa.

Segundo informação de familiares, o paciente vem apresentando comportamento mais cooperativo, sociável e independente. Conversa, ri e brinca com as costureiras da confecção, solicita dinheiro a mãe para comprar sua medicação e ele próprio controla os horários... "O remédio faltou e ele pediu dinheiro a mãe e foi comprar. Quando chegou em casa preparou e tomou. Antes esperava pela mãe..."

O paciente foi observado preparando e tomando sua medicação. Orientei aos familiares que o mesmo teria que ser feito sob supervisão deles. Realizou sozinho sua higiene. Chamou a acadêmica de "Tia", referindo que a mesma estava parecendo professora de escola primária: "... Você fez isto? Fez aquilo? Tomou medicação?... "Conversando sobre como se sente com relação a minha postura. Ficamos posteriormente conversando sozinhos na sala. Utilizei peças de plásticos com letras, solicitando que ele formasse palavras e se expressasse verbalmente acerca delas. A atividade aplicada com o intuito de estimular a criatividade e expressão verbal dos sentimentos, mas serviu também como técnica de

descontração. Observei que as palavras formadas tinham relação com ele: "... Eu gosto de banana, é minha fruta preferida". "... Pobreza, nem gosto de ver. Tenho pavor porque vivo até hoje nela. Luz é muito atraente...". Enquanto mexia as pecinhas conversávamos outros assuntos que foram surgindo relacionados com amigos, viagens, familiares". Questionando sobre seus desejos sexuais, afirmou vivido experiências homossexuais. Referiu que desejos homossexuais nunca se completavam. "...Homossexualismo acontece por duas razões, por dinheiro ou influência. O meu foi por influência... Refere que a experiência foi traumatizante, não estava preparado. O grupo era experiente. Viam filmes, frequentavam casas de show. Nunca permitiu penetração retal e nem fez penetração vaginal ou retal. Tinha medo de doenças venéreas. Não via diferenças entre relação homo e heterossexual. "... Era tudo igual... Os toques, os tremiliques...". Foi uma fase da adolescência, justificou ele. Depois foi ficando frio, mesmo antes de adoecer. Hoje não pensa, não sente vontade. Tem controle emocional muito grande. Também não se sente reprimido. Caso

fosse homossexual assumiria sem problema. Acha que a mãe aceitaria, na família existem outros. O pai seria contra. Mas não mudaria seu pensamento (SIC). Percebi que o paciente verbaliza seus sentimentos. Mudou o modo de se expressar. Antes ele racionalizava suas afirmações, referia-se sempre a outros e não falava de si próprio, usa a palavra "EU". Discrimina aquilo que gosta daquilo que não gosta.

Nas últimas visitas foi observado que o paciente vem mantendo o autocuidado. Apresenta-se bem humorado e tom de voz compassado.

A família marcou a próxima consulta ambulatorial, o paciente aceitou comparecer. À pedido da família, o mesmo vem desempenhando atividades domésticas, auxiliando os outros. Compra sua própria medicação segue a orientação dada pelo médico. A sua language deixou de ser simbólica e faz referências sobre pessoa. O paciente passou a executar atividades ocupacionais sob o incentivo da família. Cuidou da loja do irmão quando este viajou para a FENIT, com desempenho satisfatório. Atualmente está bem, demonstrando interesse em retomar os estudos.

## MODELO DE PLANO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NA COMUNIDADE

| PROBLEMA                                   | NÍVEL DE PREVENÇÃO | OBJETIVOS   | ESTRATÉGIAS  | AVALIAÇÃO  |
|--|--------------------|---|--|--|
| 1. Paciente faz uso incorreto da medicação | Secundário         | Assegurar a eficácia da terapêutica medicamentosa | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Orientando e esclarecendo aos familiares da importância do uso correto da medicação na remissão dos sintomas.</li> <li>•Explicando aos familiares como observar a eficácia do tratamento com base nas alterações do comportamento do paciente e como identificar e proceder ante os efeitos colaterais dos medicamentos em uso.</li> <li>•Informando aos familiares que a medicação auxilia a manutenção do equilíbrio mental do paciente.</li> <li>•Alertando os familiares acerca dos riscos decorrentes da alteração, por conta própria, das dosagens do medicamento.</li> <li>•Conscientizando o paciente da necessidade de submeter-se a uma avaliação periódica da terapêutica através do retorno ambulatorial e aprazamento de novas consultas.</li> <li>•Lembrando aos familiares que o paciente é portador de doença crônica, por isso, o uso da medicação é contínuo e por toda a vida.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Na 1ª visita domiciliar, a família foi orientada acerca da administração correta da medicação no paciente, conforme prescrição da última consulta médica.</li> <li>•Esclarecemos também acerca da indicação e seus efeitos colaterais. A manutenção da prescrição médica e atitudes de aceitação do paciente por parte dos familiares possibilitou melhora do quadro. Posteriormente, tendo os familiares, por conta própria, modificado dosagens e horários de administração, o paciente passou a apresentar inquietação, isolamento, logorréia e atenção dispersa.</li> <li>•A mãe justificou que diminuía a dosagem por solicitação do paciente, pois este queixava-se de muita sonolência, dormindo o dia todo, e isto contribuía para seu isolamento. Sugerimos que fosse retomado o uso da antiga prescrição, enquanto aguardava consulta médica.</li> <li>•Após consulta, as dosagens e horários foram ajustados para melhor atender às necessidades do paciente. Seu quadro é satisfatório. A família observa e comunica a conduta do paciente face à Terapêutica, mantém controle da mesma e aprazou retorno ambulatorial para o próximo mês com vistas à Avaliação do Tratamento.</li> </ul> |



| PROBLEMA      | NÍVEL DE PREVENÇÃO | OBJETIVOS                                | ESTRATÉGIAS   | AVALIAÇÃO   |
|---------------|--------------------|--|---|---|
| 2. Isolamento | •Terciario         | •Promover a ressocialização do paciente. | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Incentivando o paciente a retornar o contacto com os amigos</li> <li>•Solicitando ao paciente e familiares endereços e telefones de antigos amigos para promover contacto com o paciente.</li> <li>•Estimulando o paciente a fazer novos amigos.</li> <li>•Orientando a família para estimular e aceitar as novas amizades do paciente.</li> <li>•Auxiliando os elementos de sua rede social de relação a compreendê-lo e aceitá-lo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• O paciente, inicialmente, relatou que o afastamento dos amigos ocorreu devido ao próprio desgaste e necessidade de cada um seguir novos rumos."... Alguns casaram, outros trabalham e a própria doença me afastou deles, afirmou após solicitação, o paciente forneceu o telefone de um amigo que, segundo ele costumavam viajar juntos antes da doença se manifestar. Marquei um encontro com um amigo do paciente para colher informações a respeito da mudança de comportamento do mesmo com o surgimento dos primeiros sintomas.</li> <li>•Ele referiu que desde cedo notava que o paciente era muito diferente dele. Parecia não ter objetivo na vida e dava risadas com tudo. Recordou que a última vez que o visitou, ele estava estranho, isolado, não falava, revirava os olhos e fazia gestos. Ficou sem jeito e não tornou a vê-lo. Esclareci o amigo acerca da patologia e sintomas, enfatizando a importância da participação de todos na reintegração do paciente. O amigo demonstrou interesse. Referiu ter um irmão esquizofrênico que também necessita de assistência, pois em casa ninguém sabe lidar com ele. Prometi conversar com a professora da disciplina sobre a possibilidade de enviar uma acadêmica, ainda este semestre, para visitá-lo.</li> <li>•O amigo prometeu reestabelecer contacto com o paciente. Dias após localizei uma amiga de escola. Ficou emocionada ao ouvir falar do paciente. Refere que ele era alegre". Culpo a família dele porque ele nunca foi o que queria ser e sim o que os pais determinaram. Ele não aceitava ser o que era". Demonstrou-se</li> </ul> |

| PROBLEMA                                     | NÍVEL DE PREVENÇÃO | OBJETIVOS   | ESTRATÉGIAS  | AVALIAÇÃO  |
|--|--------------------|---|--|--|
| 2.(continuação)                              |                    |   |  | <p>preocupada com o paciente, mas receosa de procurá-lo, pois o mesmo mudou repentinamente com ela, mandando-a embora de sua casa. Esclareci sobre seu estado e solicitei sua participação. Propôs-se colaborar visitando-o.</p> <p>•O paciente passou a sair com mais freqüência e procurar os amigos. Recebe visitas e refere não querer ir para a Reunião de Egressos, pois não está isolado, não sente necessidade. Agora, senta-se na calçada, conversa com vizinhos. Observei que quando a mãe se aproxima ele olha assustado. Orientei a mesma a cumprimentar os amigos do paciente fazendo-o sentir sua aceitação. O pai e a irmã ainda implicam com as amizades do paciente. A mãe foi orientada a dialogar com a filha e minimizar a interferência de ambos, e conceder ao paciente o direito de escolher e se relacionar com seus amigos.</p> |
| 3. Dificuldade de expressar seus sentimentos | •Secundário.       | •Promover meios para que o paciente possa expressar seus sentimentos. | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Instruindo o paciente a utilizar outras formas de auto-expressão.</li> <li>•Sugerindo a realização de trabalhos auto-expressivos.</li> <li>•Oferecendo recursos materiais para a realização desses trabalhos, tais como: tesouras, lápis, cola, caderno, papel ofício.</li> <li>•Estimulando a verbalização dos sentimentos através de livre associação de idéias, pelo uso de gravuras e letras de plásticos para formação de palavras.</li> <li>•Indagando a relação das figuras e palavras com as situações vitais do paciente e o significado dessas experiências para o mesmo.</li> </ul> | <p>•Ao realizar a visita familiar, entreguei ao paciente e dei orientações sobre a execução das atividades de expressão. Para estabelecer uma relação de confiança e cumplicidade, sugeri que ele utilizasse o caderno como instrumento para expressão de seus sentimentos íntimos e experiências significativas de sua vida e que ele achasse conveniente revelar-me. O paciente revelou-se motivado em realizar a atividade. Ao retornar à casa do paciente, recebi o caderno conforme havíamos combinado. O mesmo escreveu e utilizou gravuras para ilustrar seus sentimentos, emoções, fascínios, fantasias, medo, opiniões pessoais. Percebe-se que, ao redigir, mesmo falando de si próprio, faz uso de racionalizações, coloca-se fora das situações, como um expectador im-</p>  |

| PROBLEMA                   | NÍVEL DE PREVENÇÃO    | OBJETIVOS  | ESTRATÉGIAS  | AVLIAÇÃO  |
|----------------------------|-----------------------|--|--|---|
| 3. (continuação)           |                       |  |  | <p>pessoal de sua própria existência. À medida que folheávamos o caderno, ele dava-me explicações detalhadas daquilo que eu não havia compreendido, corrigia as distorções na minha interpretação e, sem perceber, usava a linguagem falada para expressar seus sentimentos e experiências.</p> <p>•Na visita seguinte não obtive muito sucesso. O paciente não demonstrou interesse em conversar, estava inquieto e desconfiado. Não forcei o diálogo, demonstrando respeito pelo seu comportamento. Em encontros subseqüentes novas tentativas foram feitas, ora com sucesso, ou fracassadas. O grau de aceitação do contacto e diálogo foi avaliado como satisfatório. A linguagem do paciente, antes, era predominantemente simbólica, fazia afirmações generalizadas, referindo-se às pessoas e situações em geral, evitava falar de si próprio. Após repetidas correções pela acadêmica, o paciente descreve suas experiências referindo-se a si próprio como objeto dessas experiências.</p> |
| 4. Ausência de privacidade | •Primário e Terciário | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Melhorar o interrelacionamento entre paciente e família.</li> <li>•Promover respeito à individualidade do paciente e maior integração do mesmo no ambiente familiar</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Convidando o paciente para encontros em ambientes fora do âmbito hospitalar para que o mesmo sintasse à vontade para falar de si.</li> <li>•Oferecendo oportunidade para o paciente expressar sua opinião e escolhas pessoais.</li> <li>•Orientando a família a respeitar a privacidade do paciente.</li> <li>•Solicitando à mãe para não interferir no momento da sessão de relacionamento terapêutico paciente e acadêmica.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Após o término da visita domiciliar, solicitei ao paciente que me deixasse no ponto do ônibus para que pudéssemos conversar mais à vontade. Saímos. Percebi que o paciente demonstrou-se menos inibido para falar de sua vida sexual. Em visitas posteriores solicitei à mãe que nos deixasse sozinhos na sala a fim de que a paciente não se sentisse reprimido ao falar de si e de assuntos referentes a tabus familiares. A mãe cooperou.</li> <li>•Foi orientado também que os membros da família adotassem uma postura não crítica e mais receptiva com o paciente. Ofereci um livro aos familiares intitulado – Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos. Instruí que lessem o capítulo sobre</li> </ul>   |

| PROBLEMA                                     | NÍVEL DE PREVENÇÃO | OBJETIVOS   | ESTRATÉGIAS  | AVALIAÇÃO   |
|--|--------------------|---|--|---|
| 4.(continuação)                              |                    |   | <p>•Orientando aos familiares acerca da doença do paciente para melhor instruí-los acerca da conduta adequada com o mesmo e permitir ao paciente o resgate de sua individualidade.</p>   | Esquizofrenia que fazia referências sobre família, sintomas, conflitos, linguagem, conceito e abordagem. Objetivava com isso desenvolver melhor compreensão das expressões comportamentais do paciente, por parte dos familiares.   |
| 5. Ociosidade                                | *Terciário         | *Integrar o paciente em atividades ocupacionais         | <p>Incentivando o paciente à utilização de suas aptidões.</p> <p>Discutindo com o irmão a possibilidade de integrar o paciente em algum serviço remunerado em sua loja de confecções.</p> <p>Orientando os familiares a oferecerem atividades ao paciente, que sejam compatíveis com sua capacidade de desempenho.</p> | No início do acompanhamento, o paciente não executava nenhuma atividade e passava o dia inteiro assistindo televisão ou ouvindo som. Após as orientações iniciais, o paciente demonstrou-se motivado e passou a procurar emprego como vendedor. O irmão, ao tomar conhecimento, convidou-o para auxiliá-lo na loja. Passou a fazer pagamentos, compras e buscar material da loja. Quando o irmão viajou para a exposição de modas em São Paulo (FENIT), o paciente assumiu a loja. Fez pagamentos, cobranças, depósitos e cuidou das vendas da loja com desempenho satisfatório. O irmão, que pretende ampliar seus negócios, demonstrou interesse em trazê-lo para trabalhar com ele. Em casa, a mãe também vem procurando solicitar a ajuda do paciente e ele demonstra-se cooperativo e participativo. |
| 6. Rejeita participar da Reunião de Egressos | *Secundário        | *Incentivar o retorno do paciente à Reunião de EGRESSOS | <p>Estimulando e informando da importância da participação nas reuniões terapêuticas para o paciente e sua família.</p>  | Ao abordamos este problema, procurei discutir com o paciente sobre a Reunião de Egressos, e as razões pelas quais ele havia deixado de participar delas. Percebi que o paciente não ficou à vontade ao falar deste assunto, demonstrando angústia. Referiu que é muito ruim, que ele fica triste só de ouvir tantos problemas. No grupo terapêutico, disse captar energia negativa. Percebendo que o assunto o incomodava, optei por não insistir, deixando aberto o espaço para falar nisso apenas quando quisesse.  |

## CONCLUSÃO

Através deste trabalho concluímos que a assistência de enfermagem ao paciente, quando realizadas no âmbito familiar e social, favorece maior integração deste ao meio permitindo uma renovação na conduta dos elementos pertencentes a sua rede social de relação, com atitudes adequadas ao atendimento das necessidades básicas do mesmo, bem como, possibilita o planejamento e execução, pelo aluno, de uma assistência de enfermagem fundamentada numa visão mais humana e integrada do paciente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPLAN, Gerald - Princípios de Psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro: ZAHAR Editores, 1980.

DAMASCENO, Raimundo Nobre - Estudos histó-

rico e social da doença mental - Implicações para a prática atual da Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental. Universidade Federal do Ceará - CCS - Departamento de Enfermagem. Texto mimeografado.

DUARTE JÚNIOR, João Francisco - A política da loucura. Antipsiquiatria. Campinas: PAPIRUS, 1983.

GOULART, Maria Clementina Salles - O enfermeiro como elemento de reabilitação do doente mental crônico hospitalizado. Tese de Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP, 1982.

MINZONE, Maria A. et alii. Enfermagem em saúde mental e psiquiatria - A busca de uma posição. *Enf. Novas Dimensões*. 3(6) 350:335 nov/dez, 1977.