

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA: ESTUDO DA SITUAÇÃO NUM MUNICÍPIO PAULISTA <sup>1</sup>

Dra. Maria Aparecida Minzoni <sup>2</sup>

*O presente trabalho examina aspectos do tratamento dispensado aos pacientes e da estrutura institucional, segundo observações sobre o ambiente hospitalar e o pessoal de enfermagem de três instituições psiquiátricas de um Município Paulista não identificado.*

## Introdução

Este trabalho é um estudo da situação do doente mental nos hospitais psiquiátricos e das condições socio-econômicas, das atividades e do conhecimento do pessoal de enfermagem designado para atendê-lo. Foi realizado num município paulista, através da observação sistemática de três hospitais psiquiátricos: um governamental, um particular e um que agrega pacientes indigentes, particulares e de institutos de previdência.

O estudo teve por base a necessidade de reforma dos hospitais psiquiátricos, preocupação constante tanto de Serviço Nacional de Doenças Mentais (1) como do pessoal especializado (2), que preconizam a importância de levantamentos preliminares e rigorosos da situação hospitalar, a fim de tornar possível um planejamento capaz de melhorar a situação atual.

Considerando-se que o pessoal de enfermagem constitui elemento importante nas instituições de internação, por formar o maior contingente de pessoal de todos os níveis; que estudos já realizados (2,3,4) mostram sua escassez e indicam que o doente mental é atendido, de modo geral, por auxiliares de enfermagem não profissionais: que a interação entre o pessoal de enfermagem e o paciente tem sido apontada como elemento de grande valor terapêutico, pro-

curou-se investigar a situação real da enfermagem psiquiátrica, como contribuição ao movimento iniciado pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais, na esperança de contribuir para uma melhor assistência ao paciente psiquiátrico.

Desse modo, os propósitos iniciais deste trabalho foram estudar o tipo de assistência de enfermagem que tem sido dada aos doentes mentais e examinar as causas que expliquem o tipo de assistência de enfermagem existente, na situação estudada. Para atingir esses objetivos foi necessário responder às seguintes indagações:

- a) Qual é a categoria do pessoal de enfermagem que trabalha nos hospitais psiquiátricos?
- b) O pessoal de enfermagem sente-se satisfeito?
- c) Que atividades exerce cada categoria do pessoal de enfermagem?
- d) Que conhecimentos de enfermagem geral e especializada esse pessoal possui?
- e) Qual é a situação do pessoal de enfermagem dentro da organização hospitalar?
- f) Que oferece o hospital, do ponto de vista de sua organização e estrutura, para a execução das atividades de enfermagem?

As técnicas utilizadas foram a observação e a entrevista. A observação foi feita intermitentemente através da participação ativa na vida hospitalar e do registro do que o pessoal de enfermagem fazia, enquanto realizava seu trabalho no hospital. A observação intermitente foi planejada de acordo com a técnica descrita por Margaret Arnstein (5).

Foram realizados dois tipos de entrevista:

<sup>1</sup> Resumo de tese de doutoramento em enfermagem psiquiátrica apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Este artigo foi publicado também na revista trimestral da OPAS, *Educación médica y salud* 7(1):60-76, 1973.

<sup>2</sup> Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto junto ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas.

com o diretor ou administradores da instituição, sobre organização do hospital, quantidade e categoria de todo pessoal, área física e sistema de admissão do pessoal de enfermagem. Com o pessoal de enfermagem, seguiu-se um roteiro previamente preparado, dividido em seis partes: a) dados pessoais; b) condições sócio-econômicas do entrevistado; c) condições de trabalho; d) e e) conhecimentos quanto a pacientes e enfermagem; f) satisfação do pessoal no trabalho. Em seguida, era apresentado ao entrevistado um inventário de situações elaboradas para investigar seu conhecimento em relação à enfermagem psiquiátrica.

O tipo de assistência psiquiátrica encontrada será classificado de acordo com as orientações sumariadas abaixo.

Quando os métodos psiquiátricos se baseiam na concepção do doente mental como um ser humano diferente dos outros, os hospitais são construídos longe da cidade, os pacientes são isolados para proteger a sociedade e o seu tratamento limita-se à reclusão. Esta é a assistência custodial. Nessa situação, a função do pessoal de enfermagem consiste em proteger e vigiar o paciente, sem se preocupar em obter sua colaboração, e executando apenas atividades técnicas. A repressão e o isolamento são muito usados no cuidado com o doente.

Numa etapa posterior, os pacientes psiquiátricos são considerados como pessoas doentes e o seu tratamento visa determinar suas reações psíquicas e atenuá-las. Neste caso, pede-se à enfermagem que aceite o paciente como ele se apresenta, que o trate com atenção e carinho e que procure compreender suas reações. O pessoal de enfermagem continua desempenhando funções de custódia, embora o ambiente hospitalar seja mais humanizado.

Uma nova fase surgiu com a idéia de que a doença está relacionada com a situação concreta do paciente e com uma época determinada de sua vida. O doente é considerado como pessoa cuja individualidade deve ser preservada, digna de confiança, capaz de ser

responsável e de ter iniciativa. Os métodos terapêuticos são orientados para a volta do paciente à comunidade, e há uma tendência de introduzir-se nos hospitais um ambiente semelhante ao de uma comunidade normal. Aceita-se que o comportamento do paciente não depende apenas do seu passado, que o levou a buscar ajuda para vencer suas dificuldades, mas também das condições sociais de sua vida presente: a estrutura social da instituição, suas exigências regulamentares, as atitudes do pessoal e o meio de onde o doente provém e para onde deverá voltar. É a assistência chamada terapêutica.

De acordo com essa orientação a função da enfermagem deixa de ser custodial e passa a ser terapêutica, concentrando-se no atendimento das necessidades dos pacientes. Além de executar atividades técnicas (procedimentos que dão ao paciente conforto e segurança), o atendente organiza e participa de atividades sociais, de forma que o paciente tenha possibilidades de trabalho, recreação e descanso. Estabelece, ainda, relacionamento interpessoal com ele, individualmente ou em grupo, ajudando-o a se relacionar com os outros pacientes e a resolver seus problemas através das experiências positivas adquiridas nesses contatos. O pessoal de enfermagem não age sozinho: é um elemento integrante da equipe e participa do planejamento do programa terapêutico.

Atualmente, a assistência psiquiátrica está-se voltando para a comunidade. A hospitalização é indicada por um curto período de tempo, quando a doente apresenta graves dificuldades que o impedem de viver no mundo exterior. O centro comunitário de saúde mental, o hospital-diurno, o hospital-noturno, os centros de pós-alta, os lares e as oficinas de trabalho são outros tantos recursos utilizados para seu tratamento.

Ainda outro campo se abre com a aplicação da terapia comportamental no tratamento dos doentes mentais (6-10). A enfermagem é levada para novas aprendizagens, exigindo-se um treinamento rigoroso do seu pessoal.

Para atender às exigências do serviço, a enfermeira psiquiátrica foi amoldada a novos papéis (11), passando do cuidado custodial ao tratamento ativo, depois à psicoterapia e agora ao cuidado comunitário.

Na análise da assistência de enfermagem, na situação estudada, serão focalizados dois aspectos principais: o ambiente hospitalar, no que se refere às condições do paciente; o pessoal de enfermagem, como pessoas e como profissionais.

### O ambiente hospitalar

Nas condições estudadas, o paciente encontra-se, desde sua admissão, num ambiente despersonalizante. A admissão é feita de acordo com um programa estabelecido e os símbolos de identidade do paciente lhe são retirados.

O hospital, nesta situação, priva o paciente da sua identidade, através da remoção dos objetos pessoais, mas intensifica esse processo através de suas rotinas e regulamentos, que não lhe permitem continuar com suas responsabilidades e seus hábitos. A instituição encoraja a conformidade, a dependência e a submissão do paciente. Ele não tem ocupações, não tem diversão, não é responsável por seus pertences. Não pode decidir sobre a hora de dormir e de alimentar-se, não consegue tomar banho sozinho e suas dúvidas não são esclarecidas. O paciente é tratado como uma criança, sendo chamado pelo primeiro nome, ou pelo apelido. Não tem noção de tempo, quer quanto aos dias da semana e do mês, quer quanto às horas. E não tem possibilidade de interessar-se pela própria pessoa e ser estimulado a perceber a própria imagem corporal, pois não há espelhos. Assim, o paciente é colocado numa situação de dependência passiva, até o dia em que retornará à sociedade e à sua vida comum e deverá agir, outra vez, com todas as responsabilidades.

Uma das razões desse tratamento pode estar ligada à interpretação que se dá ao seu comportamento. Se essa interpretação

não é correta, o paciente não obtém a ajuda de que necessita. As comunicações são importantes, pois, se são obscuras ou escassas, pode ocorrer que as necessidades do paciente não sejam compreendidas, e que sua ansiedade não seja diminuída, podendo mesmo ser intensificada por falta de explicações.

Observa-se que, de fato, há poucos contatos entre o paciente e o pessoal, possivelmente, por falta de comunicação clara entre ele e a pessoa com quem está interagindo e que é responsável pelo seu cuidado. Nesta situação o hospital coloca o paciente numa posição de inferioridade. O ambiente hospitalar é organizado de maneira a contribuir para diminuir a sua auto-estima, enfraquecer sua identidade e conservar atitudes que levam a considerar o paciente como um ser humano diferente dos outros.

Do exposto, dois pontos devem ser esclarecidos. O primeiro refere-se à maneira como o paciente é designado. Justifica-se o uso do primeiro nome quando a instituição é organizada de forma a colocar o paciente numa situação semelhante à da vida comum (12). O segundo diz respeito ao conceito de cronicidade. Vários autores (13, 14, 15) caracterizam o paciente crônico como portador de determinadas características que são desenvolvidos pela instituição: apatia, perda de iniciativa, perda de interesse, submissão, postura estereotipada e menos individualidade. São, no dizer de uma psiquiatra, "aqueles homens sentados" (16). Os pacientes, no hospital, estão na condição daqueles "homens sentados", inativos, submissos e apáticos, seguindo uma rotina diária, desde o momento em que se levantam até a hora de se deitar. Recebem alimentação e proteção. O hospital desempenha o papel de mãe substituta, benevolente algumas vezes e autoritária em suas ordens (17).

Os hospitais, na presente situação, não estarão tomando o papel de mãe substituta? Não estarão condicionando o paciente à cronicidade? Se assumirem outros papéis, não terão oportunidade de melhor atender

às necessidades do paciente e da comunidade?

Experiências realizadas em vários hospitais de diferentes países mostraram resultados alentadores, quando a instituição procurou modificar sua política assistencial e adotou diferentes papéis. Nessas tentativas, foram utilizados diferentes recursos, tais como o uso dos conceitos sobre centros de tratamento-dia, aplicado a pacientes crônicos internados (18); substituição da assistência tipo custodial por um regime de maior liberdade para os pacientes, com utilização da enfermagem como agente terapêutico (19); descentralização administrativa e mais liberdade para o paciente (12, 20); introdução de atividades ocupacionais, mais liberdade, distribuição dos pacientes em quartos, sem restrições quanto ao uso de objetos considerados perigosos, como fósforos, dinheiro, abajur, ferro elétrico e outros (21-23).

Também no Brasil, algumas experiências foram tentadas, em diversos Estados, utilizando-se um tratamento baseado, em especial, nos conceitos psicodinâmicos. Alguns tentaram transformações radicais (24-26); outros tentaram dinamizar os métodos de tratamento e a humanização do ambiente em uma enfermaria de um grande hospital tradicional (27, 28), ou com todos os internados (29).

Vê-se, em todas as experiências, que o abandono da assistência custodial em favor de métodos mais ativos, baseados na concepção do paciente como pessoa capaz e responsável, depende menos de instalações materiais dispendiosas do que das ideologias professadas, que determinam as normas de ação.

#### O pessoal de enfermagem

O pessoal de enfermagem, não profissional, com pouca escolaridade, tendo sido ou não selecionado antes de sua admissão, não recebe treinamento posterior quanto às tarefas que deve executar e às atitudes que deve tomar. Colocado no mesmo nível do

pessoal doméstico, espera-se que execute tarefas nem sempre bem delimitadas, e que seja atencioso, bondoso e tolerante para com os pacientes, sem fugir, porém, às exigências regulamentares. Trabalha em condições difíceis, sem conforto, sem material e com falta de pessoal. Não lhe é dada maior participação no trabalho através do conhecimento dos objetivos da ação a ser desenvolvida e, freqüentemente, nem mesmo sabe qual ação será desenvolvida. Os chefes de enfermagem não têm permissão para tomar decisões administrativas, seja em relação ao paciente, seja quanto ao pessoal auxiliar, agindo mais como controladores de execução do trabalho do que como orientadores, e são, por sua vez, controlados (não orientados) pela administração.

O pessoal encontra-se num sistema administrativo do tipo dominação-submissão. Recebe ordens que devem ser cumpridas, devendo ao mesmo tempo seguir as regras que controlam seu comportamento. Desenvolve em seu trabalho atividades técnicas e seu relacionamento com o paciente tem mais o carácter de vigilância, ou um meio de passar o tempo com aqueles que são "bons de prosa". Nesse particular, alguns pacientes têm mais contatos com o pessoal do que os outros, sendo-lhes oferecidas maiores oportunidades de se ocupar e de participar em alguma atividade recreacional. Morimoto (30) num estudo sobre favoritismo na interação pessoal-paciente, verificou que o pessoal dá igual atenção física aos doentes, mas age mais livremente e mantém contato mais pessoal e amistoso com os pacientes preferidos. Os não preferidos são tratados como doentes, enquanto os preferidos são reconhecidos como pessoas. Na presente situação, os internados, com exceção dos preferidos, são considerados pelo pessoal auxiliar como doentes que precisam ser cuidados e vigiados, e nos quais não se pode confiar. Não personalizando o paciente, como a instituição não o faz, o pessoal não tem conhecimentos, condições ou apoio, para agir de forma diferente.

A assistência de enfermagem é do tipo custodial. As atividades técnicas ocupam o primeiro lugar. As demais são desenvolvidas de acordo com a vontade, o interesse, o conhecimento do pessoal e as oportunidades oferecidas pela organização hospitalar. Desde que essa instituição não oferece oportunidade de modificação do meio, e o pessoal de enfermagem não tem condições pessoais (conhecimento, treinamento, etc.) para atuar nesse meio, só lhe é possível desenvolver junto aos doentes o tipo de assistência que não tira partido do ambiente e do relacionamento como medidas terapêuticas.

“Desde que as pessoas dispendem um terço das horas do dia no seu trabalho, não é surpresa que devam esperar que este satisfaça muitos tipos de necessidades”, diz Sayles (31). São relacionados três grupos de necessidades: a) físicas e de segurança, que se referem à satisfação das funções corpóreas e à certeza de poder supri-las; b) sociais, ligadas à amizade, ao companheirismo, à ajuda mútua e à obtenção de reconhecimento, e c) egoísticas, que dizem respeito ao desejo do homem de ser independente, de fazer as coisas a sua vontade e de sentir-se realizado.

Aqui, o pessoal auxiliar de enfermagem pode satisfazer necessidades primárias (físicas e de segurança), quando recebe o salário, e algumas necessidades sociais através da amizade com os companheiros. Não há oportunidade para satisfação de necessidades egoísticas, em vista das condições da situação de trabalho e do modo como vê o paciente. Assim, são compreensíveis as frequentes queixas de cansaço, desânimo, desinteresse e de que os pacientes exigem muitos cuidados”. Tal estado de coisas leva o pessoal a procurar satisfações fora do trabalho.

Uma condição agradável encontrada é o companheirismo e a amizade existente entre o pessoal. O serviço mal distribuído em algumas situações, e sobretudo a falta de comunicação formal, criou um sistema de

cooperação de comunicação informal, baseado na amizade. No entanto, se há desentendimento, surgem queixas de falta de cooperação, como deixar o banho ou a medicação dos pacientes para outro plantão, não ajudar no refeitório, etc.

Nem sempre é possível uma ação terapêutica por parte do pessoal, que é tratado pela organização quase de mesma forma como esta trata o paciente, ou seja, como pessoas que não necessitam de explicações, orientação e conforto, não conseguindo, assim, participar do plano terapêutico traçado para o paciente, porque não recebem comunicações nesse sentido. Sem meios de criar um ambiente terapêutico na unidade de enfermagem, pois ignora o que isso representa, o pessoal auxiliar ignora também o que se preconiza atualmente sobre assistência psiquiátrica e não tem o direito de interferir na organização social da instituição. O atendente não é capaz de utilizar a si mesmo como elemento terapêutico, pois não pertence à equipe (quando esta existe) e, muitas vezes, não sabe o que é cuidado de enfermagem.

Não oferece mais conforto e um melhor cuidado físico ao paciente por não dispor de equipamento e material e não confiar no paciente. Não acredita na sua capacidade de ser responsável e de utilizar o que há de sadio em sua personalidade. Dessa forma, o relacionamento enfermagem-paciente é profundamente prejudicado e determina a qualidade dos cuidados psico-sociais dispensados.

De modo geral, o inter-relacionamento é do tipo dominação-submissão, semelhante àquele que a instituição estabelece com seu pessoal. O paciente, devido a vários fatores (condições socio-econômicas, traços de personalidade, tempo de internação), pode estar na posição de submissão e faz o que lhe ordenam para evitar castigo ou obter gratificações. Quando o inverso ocorre, o atendente é quem procura gratificações (gorjetas, presentes, elogios, cooperação) e evita punições (repreensão ou suspensão) que

virão se o paciente queixar-se ao médico. Assim é que, de alguma forma, paciente e pessoal auxiliar estão sempre procurando exercer autoridade um sobre o outro, em busca de satisfações ou evitando castigos.

O fato de o pessoal não se sentir útil, por não perceber que é um elemento atuante, é outro fator que interfere no relacionamento. Obrigar o paciente a seguir as disciplinas regulamentares, exigir obediência e dispensar cuidados físicos são formas de sentir que está fazendo alguma coisa. Além disso, não haverá problemas com a administração, que julgará quem assim procede um bom funcionário.

É possível que a estrutura física, com portas fechadas, dificuldade de movimentação, unidades de enfermagem sem atrativos (decoração) e sem salas que permitem um certo isolamento, seja outro fator que também contribui para diminuir as oportunidades de relacionamento. O trabalho torna-se rotineiro e monótono, não havendo outras atividades a serem desenvolvidas com o paciente além de conversar (32, 33).

A escassez de pessoal de enfermagem em quantidade e qualidade pode ser apontada como outro fator que contribui para aumentar as dificuldades de interação. Observa-se a existência de 57 elementos auxiliares e nenhuma enfermeira, para 780 pacientes, durante 24 horas. Esses índices estão aquém dos estabelecidos para a América Latina (34), ou mesmo, dos utilizados pela Associação Brasileira de Enfermagem, quando realizou um levantamento dos recursos e necessidades de enfermagem no Brasil (4). Em virtude desse déficit de pessoal, o tempo de atenção individual que cada paciente recebe, em 24 horas, é insuficiente para atender a suas necessidades. Assim, enquanto aqueles que têm problemas físicos ou profundas perturbações psíquicas recebem mais atenção, os demais ficam sem cuidados.

Do mesmo modo, há deficiência no atendimento das necessidades físicas dos pacientes, primeiramente, por falta de habili-

dades técnicas, por falta de material e equipamento, e por dificuldades inerentes à estrutura física, que não permitem oferecer mais conforto e melhor higiene. É possível também que o atendente não esteja proporcionando mais conforto, porque não valoriza essas coisas, por não serem importantes para si próprio, ou por não estar habituado a elas. Por outro lado, a instituição também não oferece ao atendente melhores condições de conforto, mostrando, assim, que não o considera importante.

Além de suas deficiências próprias (baixa escolaridade e falta de conhecimento técnico-científico), o pessoal encontra-se numa situação de isolamento, passando todo o tempo atrás das portas fechadas, com pouca ou nenhuma comunicação com o corpo clínico e administrativo. Esse parece ser o fator de maior importância na má qualidade da assistência de enfermagem (14).

Seria possível que os atendentes fossem capazes de desenvolver um trabalho satisfatório e eficaz, se recebessem informações e orientação sobre o paciente, obtivessem maiores conhecimentos sobre enfermagem geral e especializada, trabalhassem com mais material, equipamento e pessoal, tivessem mais liberdade de ação e contassem com o apoio de alguém melhor preparado.

Quando hospitais de outros países procuraram modificar a assistência que vinha sendo dispensada aos doentes, sentiram a necessidade de treinar o pessoal auxiliar (35). Para isso foram usados diferentes sistemas, todos visando situar os atendentes como membros participantes de uma equipe, com papéis definidos e com orientação e supervisão de uma enfermeira, considerada como profissional mais capaz no que se refere ao atendimento de enfermagem (36-38).

A pesquisa de Pryer (37) mostrou que algumas atitudes não se modificam com o treinamento. Esse é outro aspecto importante, que sugere a necessidade de seleção do pessoal de enfermagem. Quando se deseja uma assistência baseada no inter-rela-

cionamento e no estabelecimento de um ambiente social, ambos com objetivos terapêuticos, é preciso que o pessoal possua características adaptáveis a esse tipo de trabalho.

Diante dessas considerações percebe-se também a falta da enfermeira na equipe, pois seria a profissional capaz de preparar e orientar o pessoal e, ao mesmo tempo, desenvolver seu trabalho junto aos pacientes.

### Conclusões

Em síntese, observa-se que as instituições estudadas proporcionam ainda uma assistência custodial aos pacientes internados, podendo ser situadas entre a segunda e a terceira etapas de evolução dos hospitais (39). Na segunda foi preconizado um tratamento mais humano para o doente mental, dando-lhe abrigo, alimentação e vestuário; na terceira, introduziu-se tratamento somático e o hospital possibilitou a satisfação de algumas das necessidades psicológicas, através de oportunidades de trabalho e recreação.

Nessa situação, entende-se que as expectativas em relação ao pessoal de enfermagem sejam o cumprimento de ordens e regulamentos emanados do corpo clínico e da administração, a execução de tarefas de vigilância e proteção do paciente, o cuidado para que este seja alimentado, limpo e medicado, e que os atendentes sejam atenciosos e tolerantes. Para isso, não há necessidade de pessoal em maior quantidade e melhor qualidade (com preparo técnico-científico para o desenvolvimento de atividades mais complexas). Conseqüentemente, não há necessidade de uma estrutura física e social que exija mais material e equipamento. As atenções estão voltadas para a instituição e não para o paciente.

A mudança dos hospitais desta para a quarta etapa da evolução (39), em que o paciente é o centro das atenções e o hospital está organizado de forma a satisfazer suas necessidades reais, preparando-o para o retorno à sociedade, só poderá ser feita se

houver melhores condições físicas e pessoal profissional e não profissional em número suficiente, trabalhando em equipe, para atender às necessidades terapêuticas do paciente.

As modificações de estrutura física não exigem material e equipamento dispendioso, mas apenas o suficiente para que o paciente, enquanto internado, possa auferir conforto e boas condições de higiene, e para que o pessoal tenha condições e facilidades para o desenvolvimento do seu trabalho.

Ainda que as condições do meio sejam as mais propícias, somente pessoal treinado saberá utilizar-se delas. Além do treinamento, o pessoal auxiliar precisa de uma pessoa capacitada, que o oriente e ajude, que centralize sua atenção nas necessidades do paciente e tenha participação ativa junto à administração e ao corpo clínico, tornando possível a satisfação dessas necessidades.

Tampouco a existência de pessoal treinado, sem condições propícias de meio, é suficiente para obter-se um melhor nível de assistência. Esse fato está demonstrado num levantamento feito na Inglaterra (40), cujas conclusões foram semelhantes às do presente estudo, embora a maioria do pessoal (85,0%) fosse constituída por enfermeiras.

Através desta análise, verifica-se que há necessidade de mudança; o trabalho conjunto de uma verdadeira equipe e a determinação de uma política assistencial compartilhada por todos constituem os primeiros passos para essa mudança.

### Resumo

Partindo do ponto de vista de que há necessidade de reforma dos hospitais psiquiátricos, o presente trabalho examina aspectos do tratamento dispensado aos pacientes e da estrutura institucional, segundo observações sobre o ambiente hospitalar e o pessoal de enfermagem de três instituições psiquiátricas de um Município Paulista não identificado.

Como quadro de referência, o estudo aborda a evolução da assistência hospitalar,

começando pela assistência custodial, em que o doente mental é considerado como um ser humano diferente dos outros, cumprindo ao pessoal de enfermagem exercer funções de vigilância, mantendo o paciente isolado, para proteção da sociedade. Passa, em seguida, ao exame da assistência terapêutica e suas fases posteriores, em que a tendência é no sentido de reconduzir o paciente à normalidade, introduzindo-se nos hospitais um ambiente semelhante ao da comunidade, e permitindo-se ao pessoal de enfermagem tomar parte no planejamento do programa terapêutico.

A análise do ambiente hospitalar, nas instituições observadas, assinala a despersonalização do paciente, que é colocado numa situação de dependência passiva até o dia de voltar à sociedade e reassumir suas responsabilidades. Nessa situação, patenteia-se o conceito de cronicidade, em que a instituição acabaria por desenvolver no paciente características tais como apatia, perda de

interesse e submissão. São referidas experiências de orientação hospitalar menos restritiva, com indicações de que o seu êxito depende menos das condições do ambiente físico que da ideologia professada.

As mesmas instituições observadas empregam pessoal de enfermagem não profissional, com baixa escolaridade, sem lhe proporcionar treinamento quanto ao trabalho a executar e as atitudes a tomar, colocando-o no mesmo nível do pessoal doméstico e não lhe dando a oportunidade de conhecer os objetivos de suas tarefas, dentro de um sistema administrativo do tipo dominação-submissão, que vem a se refletir nas relações entre pessoal e paciente. A organização trata o pessoal tal como trata o paciente, sem dar explicações nem orientação, dentro de uma estrutura física fechada em que são poucas as oportunidades de relacionamento. A escassez de pessoal de enfermagem em quantidade e qualidade seria outro fator a contribuir para isso. □

#### REFERÊNCIAS

- (1) Colóquio Sobre Problemas e Necessidades da Psiquiatria Assistencial e Preventiva no País, Porto Alegre—Relatório. R. Bras. Saúde Ment. Rio de Janeiro, 11: 141-143, 1967.
- (2) Cerqueira, L. *Por uma Psiquiatria Social: Um Levantamento Preliminar*. Rio de Janeiro, 1968.
- (3) Cerqueira, L. Novos Levantamentos Sobre o Hospital Psiquiátrico Brasileiro. 9º Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, Rio de Janeiro, 1969.
- (4) Associação Brasileira de Enfermagem. Levantamento de recursos e necessidades de enfermagem, 1959.
- (5) Arnstein, M. G. *How to Study Nursing Activities in a Patient Unit*. U.S. Department of Health, Education and Welfare. Publ. No. 370, Washington, D.C., 1954.
- (6) Ayllon, T. y J. Michel. "The Psychiatric Nurse as a Behavioral Engineer." *J Exp Anal Behav* 2:323-334, 1959.
- (7) Ayllon, T. y E. Haughton. "Control of the Behavior of Schizophrenic Patient by Food." *J Exp Anal Behav* 5:343-352, 1962.
- (8) Ayllon, T. y N. H. Azrin. "The Measurement and Reinforcement of Behavior of Psychotics." *J Exp Anal Behav* 8:357-383, 1965.
- (9) Ayllon, T. y N. H. Azrin. *The Token Economy: A Motivational System for Therapy and Rehabilitation*. New York, Appleton-Century-Crofts, 1968, cap. 1 e 2, p. 1-27, 1968.
- (10) Schaeffer, H. H. y P. L. Martin. "The Patton Experiment." In: *Behavioral therapy*. New York, McGraw-Hill Book Co., cap. 15, p. 207-217, 1969.
- (11) Emens, A. "Psychiatric Nursing—Challenge of the Future." *Nurs Times* 66 (2):45-46, 1970.
- (12) Black, B. "Unit System: The Third Revolution." *Am J Nurs* 70 (3):515-519, 1970.
- (13) Cerqueira, L. "Reabilitação de Crônicos". 8º Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental. *Relatório do tema Oficial Psiquiátrico*. Porto Alegre, 1967, p. 144-172.
- (14) Schmieding, N. J. "Relationship of Nursing to the Process of Chronicity." *Nurs Outlook* 18 (2):58-62, 1970.
- (15) Duran, F. A. y C. Errion. "Perpetuation of Chronicity in Mental Illness." *Am J Nurs* 70 (8):1707-1709, 1970.
- (16) Cerqueira, L. Para um Livro Branco Sobre



- o Hospital Mental na Guanabara. 9° Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental. Rio de Janeiro, 1969.
- (17) Gunn, R. y E. Pearman. "The Essence of a Mental Hospital." *Ment Hyg* 53 (3):422-427, 1969.
- (18) Williams, J., H. Dudley, y T. Guinn. "Use of Day Treatment Center Concepts with State Hospital in Patients." *Am J Orthopsychiatry* 39 (5):748-752, 1969.
- (19) Greene, J. "Changes in Nursing the Mentally Sick." *Int J Nurs Stud* 1 (1):37-43, 1963.
- (20) Duran, F. A. "The Clarinda Plan." *Am J Nurs* 65 (8):77-81, 1965.
- (21) Boosere, D., Brother. "Psychiatric Clinic in Belgium: New Unit at Ghent." *Nurs Mirror*, 21 February 1958, p. x-xi.
- (22) MacLean, A. "Reorganization of a mental hospital." *Nurs Mirror*, 31 January 1958, p.i.
- (23) Rhodes, M. "Nursing the Acutely Ill Psychiatric Patient." *Nurs Outlook* 14 (2):25-26, 1966.
- (24) Naves, A. L. y C. Rocha. "Ensaio de Comunidade Terapêutica na Clínica Boa Esperança." Trabalho apresentado no 1° Congresso Mineiro de Psiquiatria, Araxá, M.G., 1970.
- (25) Faria, C. G. et al. "Organização e Funcionamento Hospitalar como Fator Terapêutico." 8° Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental. *Relatório do Tema Oficial Psiquiátrico*. Porto Alegre, 1967, 3-21.
- (26) Camargo, H. A. "A experiência Comunitária num Hospital Psiquiátrico Aberto." Apresentado no 9° Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental. Rio de Janeiro, 1969.
- (27) Santos, O. y W. Simplicio. "Dinâmica de uma Comunidade Terapêutica." *Rev Bras Saúde Ment* 11:54-72, 1967, Rio de Janeiro.
- (28) Zimmerman, D. et al. "Técnicas Sociais." Trabalho apresentado no 8° Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, Porto Alegre, 1967.
- (29) Pechansky, I. y E. A. Cheffe. "Reabilitação de Crônicos. 8° Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental. *Relatório do Tema Oficial Psiquiátrico*. Porto Alegre, p. 131-141, 1967.
- (30) Morimoto, F. R. "Favoritism in Personnel-Patient Interaction." *Nurs Res* 3 (3):109-112, 1955.
- (31) Sayles, L. R. y G. Strauss. *Comportamento Humano nas Organizações* (Trad.) São Paulo, Atlas e Editora U.S.P., cap. 1, 2, 3 e 6., 1967.
- (32) Kandler, H. et al. "Study of Nurse-Patient Interaction in a Mental Hospital." *Am J Nurs* 52 (9):1100-1103, 1952.
- (33) Seech, P. "Factors Associated with Staff-Patient and Patient-Patient Interaction on Psychiatric Units." *Nurs Res* 14 (1):69-70, 1965.
- (34) Organização Pan-Americana da Saúde. *A saúde na América e a Organização Pan-Americana da Saúde*. Washington, D.C., 1960.
- (35) Mansfield, S. "Use of the Patient Care Plans by Aides." *Nurs Outlook* 15 (4):72-74, 1967.
- (36) Gibbs, N. S. "Nursing Auxiliaries Assistants in a Salmon Pilot Scheme." *Nurs Mirror* 131 (6):30-31, 1970.
- (37) Pryer, M., M. Distefano, L. Marr. "Attitude Changes in Psychiatric Attendants Following Experience and Training." *Ment Hyg* 53 (2):253-257, 1959.
- (38) Robinson, R. y M. Roman. "New Directions of the Psychiatric Aide." *Nurs Outlook* 14 (2):27-30, 1966.
- (39) Blaya, M. *Tratamento Hospitalar com Orientação Psicanalítica*. Porto Alegre, Globo (Tese de livre-docência), 1960.
- (40) John, A. L. *A Study of the Psychiatric Nurse*. Londres, Livingstone, 1961.

### Asistencia de enfermería psiquiátrica: estudio de la situación en un municipio de São Paulo (Resumen)

Una vez reconocida la necesidad de reformar los hospitales psiquiátricos, en este estudio se examinan aspectos del tratamiento facilitado a los pacientes y de la estructura institucional a base de observaciones sobre el ambiente hospitalario y el personal de enfermería efectuadas en tres instituciones psiquiátricas de un municipio del estado de São Paulo no identificado.

Como marco de referencia, se analiza la evolución de la asistencia hospitalaria, empe-

zando por la asistencia en instituciones en las que el enfermo mental es considerado como un ser humano distinto de los demás y en las que el personal de enfermería ejerce funciones de vigilancia y mantiene al paciente aislado para protegerlo de la sociedad. Luego se examina la asistencia terapéutica y sus fases posteriores, donde se observa la tendencia a reorientar el paciente hacia la normalidad, para lo cual se crea en los hospitales un ambiente seme-

jante al de la comunidad y se permite al personal de enfermería participar en la planificación del programa terapéutico.

En el análisis del ambiente hospitalario en las instituciones observadas se pone de manifiesto la despersonalización del paciente, al que se coloca en una situación de dependencia pasiva hasta el momento en que regrese a la sociedad a reasumir sus responsabilidades. En esta situación, se evidencia el concepto de cronicidad, y la institución termina por fomentar en el paciente características como la apatía, pérdida de interés y sumisión. Se describen experiencias de orientación hospitalaria menos restrictivas y se señala que el éxito de estas depende menos de las condiciones del ambiente físico que de la ideología adoptada.

En las instituciones observadas se emplea

personal de enfermería no profesional, con bajo nivel de escolaridad, al cual no se da orientación acerca del trabajo que debe realizar ni de las actitudes que debe adoptar. Se coloca a dicho personal al mismo nivel que al personal doméstico y no se le da la oportunidad de familiarizarse con los objetivos de sus actividades dentro de un sistema administrativo de tipo dominación-sumisión que se refleja en las relaciones entre personal y paciente. La institución trata al personal del mismo modo que al paciente sin darle explicaciones ni orientación en una estructura física cerrada donde son muy pocas las posibilidades de relacionarse. La escasez de personal de enfermería y su falta de calidad sería otro factor que contribuye a crear esta situación.

#### Psychiatric nursing care: study of the situation in a São Paulo County (Summary)

Going on the assumption that there is a need to reform psychiatric hospitals, this study examines various aspects of the care given to patients and of the institutional structure, based on observations of the hospital environment and the nursing staff in three psychiatric institutions in an unidentified county of São Paulo State.

As its frame of reference the study takes up the evolution of hospital care beginning with custodial care, wherein the mental patient is regarded as a human being different from the others, who needs to be kept isolated and watched by the nursing staff so that society is protected from him. It moves on next to an examination of therapeutic care and its subsequent stages, where the tendency is to lead the patient back to normal by introducing an environment into the hospitals similar to that in the community, with the nursing staff being permitted to participate in planning the therapeutic program.

The analysis of the hospital environment in the institutions observed indicates there is a despersonalization of the patient, who is placed in a position of passive dependence until the day he returns to society to resume his responsibili-

ties. In this situation, the phenomenon of chronicity becomes apparent, with the institution contributing to development in the patient of characteristics such as apathy, loss of interest, and submission. Reference is made to experiments with a less restrictive hospital orientation, with indications that its success depends less on the physical environmental conditions than on the ideology behind the system.

The institutions observed employ nonprofessional nursing personnel with little educational background and no specialized training to prepare them for the work they are to do or the attitudes they should adopt. They are regarded as being on the same level as domestic personnel and are not given an opportunity to become familiar with the objectives of their tasks. All this takes place within a domination-submission type of administration system that is reflected in the relationship between the staff and the patient. The organization treats the staff as it does the patient, giving him no explanations or guidance and operating within a closed physical structure in which there are few opportunities for communication. The shortage of qualified nursing personnel is another factor contributing to the situation.

#### Soins infirmiers psychiatriques: étude de la situation dans une municipalité de São Paulo (Résumé)

Partant du point de vue qu'une réforme des hôpitaux psychiatriques est une nécessité, l'auteur examine les aspects du traitement dispensé aux malades et de l'infrastructure après avoir

observé le milieu hospitalier et le personnel infirmier de trois institutions psychiatriques d'une municipalité de São Paulo non désignée.

Comme cadre de référence, l'étude aborde

l'évolution des soins hospitaliers en commençant par le personnel de garde qui considère le malade mental comme un être humain différent des autres, chargeant le personnel infirmier à exercer des fonctions de surveillance, maintenant la malade isolé pour la protection de la société. Elle passe ensuite à l'examen des soins thérapeutiques et ses phases postérieures qui doivent ramener le malade à son état normal en introduisant dans les hôpitaux une ambiance analogue à celle de la communauté, et permettant au personnel infirmier de prendre part à la planification du programme thérapeutique.

L'auteur analyse l'ambiance hospitalière et signale, dans les institutions étudiées, la dépersonnalisation du malade qui se trouve dans un état de dépendance passive jusqu'au jour où il retournera au sein de la société pour assumer à nouveau ses responsabilités. Dans cette situation se manifeste la notion de chronicité où l'institution doit débarrasser le malade des caractéristiques, telles que l'apathie, la perte d'intérêt et la soumission. Il mentionne des

expériences d'orientation hospitalière moins restrictive pour montrer que son succès dépend moins des conditions du milieu physique que de l'idéologie professée.

Les mêmes institutions étudiées emploient un personnel infirmier non professionnel avec peu d'instruction sans leur faire subir une formation en ce qui concerne le travail à accomplir et les attitudes à adopter, en le plaçant au même niveau que le personnel domestique et en ne lui donnant jamais la possibilité de connaître les objectifs des tâches qu'il a à accomplir dans le cadre d'un système administratif du type domination-soumission qui se reflète dans les rapports entre le personnel et le malade. L'organisation traite le personnel comme elle traite le malade, sans donner d'explications ni d'orientation, à l'intérieur d'une structure physique close où il y a peu de possibilités de communiquer. La pénurie de personnel infirmier, quantitativement et qualitativement, serait un autre facteur qui y contribue.

### VIGILANCIA Y VACUNACION ANTIPOLIOMIELITICA

Según el *Weekly Epidemiological Record* de la OMS del 13 de febrero de 1976, es indispensable continuar indefinidamente los programas de vigilancia y vacunación antipoliomielítica dado que la reaparición de esta enfermedad podría causar graves problemas a la salud pública. Su incidencia ha sido altamente reducida en los últimos 20 años en todos los países de Europa y de América del Norte, así como en Australia, Japón y Nueva Zelandia, algunos de los cuales habían informado el mayor número de casos en el mundo antes que se introdujera la vacuna. Sin embargo, en los países tropicales y subtropicales el número de casos informados ha aumentado durante el mismo período. Los datos obtenidos indican claramente que existen dos grupos de países: aquellos en los que la incidencia ha sido reducida a cero y los otros donde la enfermedad aún continúa sin control alguno con el consecuente aumento de casos.

Por cuanto la vacuna oral de virus vivo ha resultado ser la más efectiva, barata y fácil de administrar, es menester redoblar todo esfuerzo para reducir al mínimo los trámites administrativos que impiden el uso extenso de la vacuna.

[Tomado del comunicado de prensa de la Organización Mundial de la Salud No. WHO/11 del 13 de febrero de 1976.]