

## DIFICULDADES DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM, FRENTE AOS DOENTES MENTAIS INTERNADOS

Ilza Marlene Kuae Fukuda \*  
Dra. Evalda Cançado Arantes \*

R.BEn/05

FUKUDA, I.M.K. e ARANTES, E.C. — Dificuldades dos estudantes de enfermagem, frente aos doentes mentais internados. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 28 : 48-63, 1976.

### INTRODUÇÃO

Recorrendo-se à literatura especializada e analisando-se as vivências diárias com estudantes que assistem doentes mentais, percebe-se que os alunos, ao iniciarem o estágio em Enfermagem Psiquiátrica, trazem consigo muitas idéias preconcebidas acerca daqueles doentes. Além disso, no começo da interação com os pacientes, surgem dificuldades, ocasionadas pelo tipo de comunicação oferecida pelos enfermos.

A identificação dos problemas do paciente, oriundos de sua sintomatologia, é o primeiro passo, ao planejar-se uma assistência de enfermagem. Contudo, há diversos fatores que, de uma forma ou de outra, levam a enfermeira a sentir dificuldade na identificação, compreensão e tentativa de solução objetiva dos problemas do doente. Esse embaraço ocorre, porque ambos — enfermeira e paciente — têm sua própria personalidade, sentimentos e necessidades. Orientando estudantes na elaboração de planos de assistência de enfermagem psiquiátrica,

observa-se que também eles acham difícil fazer aquela importante identificação.

Por tudo isso, resolveu-se elaborar o presente estudo, para verificar quais as dificuldades encontradas pelos alunos, no convívio com os doentes mentais.

### Objetivos

1. Realizar o levantamento das dificuldades dos estudantes:
  - a) no relacionamento terapêutico com os doentes mentais;
  - b) na elaboração do plano de assistência de enfermagem.
2. Elaborar um programa de orientação para os estudantes, tendo em vista as dificuldades encontradas.

### Revisão de literatura

Segundo HOFLING et al. (1972), a assistência de enfermagem é sempre prestada numa situação interpessoal, em que estão envolvidas duas pessoas: a enfermeira e o paciente. Ambos têm sentimentos e necessidades, que são expres-

\* Docentes de Enfermagem Psiquiátrica, na Escola de Enfermagem da USP.

dos de diferentes maneiras. É responsabilidade da enfermeira, compreender sua própria personalidade e a influência que tem sobre os demais; não deve usar o paciente, para a satisfação de suas necessidades. Para IRVING (1973), a enfermeira não é um tipo particular de personalidade, um autômato encarregado de executar serviços ou um acumulado de qualidades especiais. Deve ser uma pessoa emocionalmente madura, suficientemente capaz de adiar as satisfações das próprias necessidades e de permitir que o paciente tenha precedência na satisfação das suas. Segundo STEVENS (1957) e BISCHOFF & CONNOLLY (1951), a compreensão do próprio comportamento é condição básica para a compreensão do comportamento do outro. MADDISON (1970) diz que, em resumo, o cuidado de enfermagem, em Enfermagem Psiquiátrica, consiste no reconhecimento e atendimento das necessidades do paciente.

GARANT (1972) afirma que a observação e o relato escrito do comportamento do paciente são essenciais para se identificarem seus problemas e necessidades não-satisfeitas. Como professora de enfermagem psiquiátrica, observou que muitos dos planos apresentados eram pobres, quando não, um aglomerado de juízos de valores; e diz que, ao elaborar um plano de cuidados, a enfermeira deve estar consciente de seus sentimentos e da influência destes, na identificação das necessidades dos pacientes.

ROBINSON (1972) aborda a situação, não rara, na qual o estudante teme trabalhar com pacientes psiquiátricos. Analisa-a e conclui que uma das causas desse temor poderia ser atribuída ao medo, que os estudantes sentem, de ferir emocionalmente os pacientes ou de serem feridos por eles.

KIMBALL (1958) assegura que podem surgir muitos problemas pessoais, quando a estudante atua em uma unidade psiquiátrica. Ela pode resistir a cuidar

de pacientes com certos tipos de comportamento (como, por exemplo, pacientes agressivos ou que demonstrem hostilidade), uma vez que estes lhe causam medo.

ALBIEZ (1970) observou que, quando o estudante de enfermagem inicia seu estágio em hospital psiquiátrico, traz consigo medo — idéia falsa e preconceito comum ao público em geral — a respeito dos doentes mentais com que irá trabalhar. Ressalta que aceitar o paciente como ele é, sem julgá-lo de acordo com os próprios padrões de comportamento, é um fator-chave no relacionamento terapêutico. MULLER (1962) refere que o aluno, ao iniciar sua aprendizagem em Enfermagem Psiquiátrica, traz uma bagagem de conhecimentos errôneos acerca das pessoas; além disso, os preconceitos em relação à doença mental freqüentemente o impedem de perceber as coisas realisticamente. Isso interfere na sua tentativa de desenvolver um relacionamento efetivo com o paciente.

HUGHIE (1967) considerou que o aparecimento de um ou mais dos seguintes sentimentos: culpa, pena, medo, ansiedade, hostilidade, embaraço, repulsa, depressão, desesperança e rejeição provocam sensação de desconforto, nos membros da equipe de enfermagem. Fez um estudo com 17 desses membros, para determinar os tipos de comportamento dos pacientes responsáveis pelo aparecimento do maior número de situações de desconforto, e concluiu que predominam as ligadas às dificuldades de comunicação e à expressão de hostilidade.

BLACK (1952), BRILL (1957), LEWIS (1960) e MADDISON (1970) concordam em que a personalidade da enfermeira e o uso que faz de si mesma são fatores valiosos no cuidado do paciente. A mais poderosa droga e o mais alto grau de habilidade perdem sua total eficácia, se a enfermeira não fizer uso inteligente de si. Contudo, ela, como qualquer pessoa,

tem seus problemas e, só após reconhecê-los, estará capacitada para identificar os dos outros.

Em relação às enfermeiras que se iniciam em Enfermagem Psiquiátrica, MERE-NESS (1970) verificou que elas podem sentir medo de prejudicar física e emocionalmente o paciente; de não saber atuar profissionalmente; de perder o controle emocional e de serem rejeitadas. Acha que, caso a enfermeira venha a sentir-se oprimida, amedrontada e ansiosa, terá dificuldade para concentrar sua atenção e interesse nos problemas do paciente. Então deve identificar a origem de seu medo e ansiedade, para lutar contra tais reações. De outra maneira, a enfermeira será incapaz de atuar terapêuticamente.

WALLACE (1968) cita que também a enfermeira especializada, em consequência de seus próprios medos e ansiedades, pode agredir emocionalmente um paciente, embora saiba que ele sofre com sua doença.

ROBINSON (1972) refere que, com o autoconhecimento, a enfermeira chega à conclusão de que o receio sentido por ela representa, na realidade, o medo do desconhecido, o de não ser capaz de atuar na especialidade. Para LEWIS (1960), um dos sentimentos mais frequentes na enfermeira é a ansiedade, e esta pode originar-se de diversas fontes: entre outras a apreensão em relação ao comportamento do paciente e o temor da própria incapacidade na atuação junto a ele. Geralmente, a origem da ansiedade não é conhecida.

Para BROWN & FOWLER (1971), as reações para com certas pessoas, lugares ou objetos são provocadas pelas atitudes. Declara que, quando certos doentes são repulsivos para nós, estamos prontos a comunicar essa repulsa, de forma não-verbal, durante assistência de enfermagem. De modo geral, os pacientes percebem esta atitude negativa em relação a

eles, apesar de não estarmos conscientes disso.

TUTER (1956) julga que a experiência em Enfermagem Psiquiátrica é uma tarefa difícil, pelo estigma que sempre pesou (e ainda pesa) sobre os doentes mentais, e que o impacto será inevitável no primeiro encontro com eles. A enfermeira defrontará com pedidos que lhe parecerão irracionais; então, umas vezes, poderá haver sentimento de compaixão em tal intensidade que a incapacitará para a identificação de certas necessidades do paciente; outras vezes, poderá haver comparação do comportamento do doente com o de outras pessoas, que se comportavam de modo inadequado e desagradável. Qualquer dessas reações será nociva e prejudicará muito o trabalho, tão difícil, da enfermeira. A fim de que a sua atuação seja satisfatória, será necessário que ela se desfaça de todas as idéias e preconceitos, que recaem sobre os doentes mentais, e que mantenha a mente aberta para aliviá-los como pessoas que estão precisando de ajuda. Para BROWN & FOWLER (1971), a mudança desta atitude apenas ocorrerá, no instante em que a enfermeira se tornar consciente de seus verdadeiros sentimentos e verificar quando e em que circunstâncias eles surgem. Só assim, podem ser desenvolvidas habilidades no sentido de estabelecer um relacionamento terapêutico eficaz.

## Método

### a) População

O estudo foi realizado, a partir de 1972, com alunos do 3.º ano do Curso de Graduação em Enfermagem, quando cursavam a disciplina Enfermagem Psiquiátrica.

### b) Técnica.

1. Pretendendo que não houvesse qualquer interferência nas idéias trazi-

das pelos estudantes, utilizou-se um questionário aberto, no primeiro dia de aula, para identificar seus sentimentos em relação aos doentes mentais (Anexo I).

Nas duas primeiras semanas do curso, o programa desenvolvido consistiu em aulas teóricas e práticas, que focalizaram a observação e a descrição do comportamento apresentado pelo paciente. Após esse período, teve início o relacionamento terapêutico.

2. Durante a quarta semana (quando o aluno tem oportunidade e capacidade de reconhecer seus sentimentos frente ao paciente e quando começa a envolver-se terapeuticamente), foi aplicado um outro questionário aberto (Anexo 2), para identificar os sentimentos do estudante a respeito do doente.

3. Ainda no decorrer da quarta semana, deu-se, aos estudantes, uma orientação (Anexo 3) sobre as dificuldades gerais e foi-lhes solicitado um plano de assistência de enfermagem, a ser entregue às professoras para correção e posterior comentário. Forneceu-se um modelo (Anexo 4), com o objetivo de uniformizar a sua apresentação.

4. Na sexta semana (quando o relacionamento terapêutico está em franco desenvolvimento e há maior conhecimento pessoal de ambas as partes — estudante e paciente), aplicou-se um terceiro questionário aberto (Anexo 5), para identificar os sentimentos do aluno em relação aos pacientes.

Todos os questionários foram aplicados apenas aos estudantes presentes, no momento, na sala de aula, informando-se-lhes que os questionários se destina-

vam a uma pesquisa — motivo por que eles poderiam deixar de identificar-se, ou mesmo de respondê-los, se assim o desejassem.

Definição de termos.

#### Relacionamento terapêutico

O “relacionamento terapêutico” envolve duas pessoas, sendo uma delas profissional — a enfermeira, que possui a capacidade de ajudar — e a outra, o paciente, que busca alívio para algum problema. O relacionamento exige que a enfermeira desempenhe seu papel, utilizando os conhecimentos e habilidades profissionais em favor do bem-estar físico, social e emocional do paciente (1).

#### Sentimento

“Sentimento” refere-se a sistema de tendências emocionais ligadas à idéia de certo objeto e organizadas em torno dele (2).

#### Resultados e comentários

Como os três questionários foram aplicados em épocas diferentes e como os estudantes poderiam ou não respondê-los, obteve-se número desigual de respostas nas três ocasiões. Além disso, os questionários eram abertos e permitiam respostas múltiplas.

Na primeira pergunta do primeiro questionário (Anexo 1), obtiveram-se 77 respostas, que expressam o que pensam os estudantes em relação aos doentes mentais. Através delas, identificaram-se as idéias, que os estudantes têm, da pessoa desses pacientes (Quadro 1).

(1) HOFLING, C.K. et al. *Basic psychiatric concepts in nursing*. 2 ed., Philadelphia, J.B. Lippincott, 1972. p. 31.

(2) PIERSON, D. *Teoria e pesquisa em sociologia*. 13. ed., São Paulo, Melhoramentos, 1971. p. 330.

**QUADRO 1**  
**IDÉIAS DE 50 ESTUDANTES A RESPEITO DOS DOENTES MENTAIS**

IDÉIAS	Respostas	
	N.º	%
Agressivos e perigosos	19	24,7
Com distúrbio de comportamento, de ação imprevisível	18	23,4
Fora da realidade	8	10,4
Incapazes de relacionar-se com as pessoas, dizem ou fazem coisas sem lógica, descontrolados	7	9,1
Carentes de compreensão, aceitação e atenção, massacrados e rejeitados pela sociedade, desadaptados ao meio, infelizes	6	7,8
Irrecuperáveis	3	3,9
Incapazes para qualquer atividade, apáticos	2	2,6
Mais sensíveis que os demais, não gostam de ser contrariados	2	2,6
Débeis mentais	1	1,3
(Idéias indefinidas*)	11	14,2
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>

\* No Anexo 6, estão apresentadas as respostas em que houve idéias indefinidas e as que se referiram a distúrbio de comportamento.

HUGHIE (1967) verificou que os tipos de comportamento de pacientes que causavam desconforto no pessoal de enfermagem estão contidos em quatro grupos de situações: limitações de comportamento, situações que envolvem contato físico, dificuldades de comunicação e expressões de hostilidade. Pelas respostas dos estudantes, verifica-se que 67,6% das mesmas (quatro primeiros grupos de idéias) poderiam enquadrar-se no último

caso (expressão de hostilidade) e, portanto, ser consideradas geradoras de ansiedade.

Em resposta à segunda pergunta do primeiro questionário (Anexo 1) e às perguntas do segundo e terceiro questionários (Anexo 2 e 5) sobre os sentimentos dos estudantes em relação aos doentes mentais, foram citadas expressões de sentimentos que estão apresentados no Quadro 2.

**QUADRO 2**  
**SENTIMENTOS EXPRESSOS PELOS ESTUDANTES EM RELAÇÃO AOS DOENTES MENTAIS, NO PRIMEIRO DIA DE AULA, NA QUARTA E NA SEXTA SEMANAS DO CURSO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA**

SENTIMENTOS EXPRESSOS	1.º dia de aula		4.ª semana		6.ª semana	
	RESPOSTAS		RESPOSTAS		RESPOSTAS	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Ansiedade	29	37,2	22	30,5	3	7,1
Penã	21	26,9	26	36,1	12	28,6
Aceitação	4	5,1	12	16,7	18	42,8
Rejeição	4	5,1	3	4,2	1	2,4
Curiosidade	6	7,7	—	—	—	—
(Sentimentos indefinidos)	14	18,0	9	12,5	8	19,1
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Para tabulação dessas expressões, usou-se a classificação apresentada no Anexo 7.

Pela análise dos dados apresentados no Quadro 1, já era esperado que a *ansiedade* fosse o sentimento expresso no maior número de respostas dadas pelos estudantes no primeiro dia de aula: 37,2%. Contudo, deve-se considerar que, no decorrer do relacionamento terapêutico com o paciente, a *ansiedade* diminuiu: foi para 30,5% na quarta semana e quase desapareceu na sexta: 7,1%. Essa evolução é natural, porque, nessa fase do curso, os estudantes já estão familiarizados com os pacientes e têm maior conhecimento teórico da disciplina — fato que lhes permite mais segurança no relacionamento com os doentes.

O sentimento *pena* foi identificado em 26,9% das respostas dadas pelos estudantes no primeiro dia de aula. Porém, na quarta semana do curso, a porcentagem aumentou para 36,1%, talvez pelo envolvimento do estudante com o paciente, que é característica desta fase do relacionamento. Ainda na sexta semana, a porcentagem manteve-se em nível elevado: 28,6%, o que pode ser, de certa forma, explicado pelas características do hospital — escola que os alunos frequentam — hospital fechado, sem espaços

adequados para recreação e laborterapia.

Enquanto a *rejeição* do paciente pelo estudante decresce, a *aceitação* cresce de 5,1% para 42,8%.

A *curiosidade*, que no início representava 7,7% das respostas, desaparece completamente a partir da quarta semana.

Apesar de ter sido grande o número de *respostas com sentimentos indefinidos*, não se pôde tratar os dados de outra forma, pois, do contrário, se cairia no terreno das interpretações infundadas.

A *terceira pergunta do primeiro questionário* (Anexo 1) versa sobre a expectativa da primeira experiência com os pacientes internados. As 25 respostas obtidas de 25 estudantes (Anexo 9) expressaram o que foi considerado manifestação de *ansiedade*, exceção feita de uma, na qual se julgou imprecisa a expressão de sentimento.

A *quarta pergunta do primeiro questionário* (Anexo 1), em que se indaga, diretamente, se houve algum contato com doente mental, foi respondida por 57 estudantes. Destes, 24 (42,1%) responderam afirmativamente e 33 (57,9%), negativamente. Dos primeiros, 23 descreveram a situação em que se deu o contato (Quadro 3) e essa descrição, pormenorizada, está contida no Anexo 8.

### QUADRO 3

#### RELAÇÕES DE 24 ESTUDANTES AO CONTATO COM O DOENTE MENTAL

REAÇÕES DOS ESTUDANTES	RESPOSTAS	
	N.º	%
Medo	9	37,5
Pena	3	12,5
Afirmção de experiência positiva	2	8,3
(Reação indefinida)	9	37,5
(Não respondeu)	1	4,2
TOTAL	24	100,0

As respostas consideradas como expressão de ansiedade (Quadros 1 e 2) refletem uma reação infundada por parte dos alunos, uma vez que, dos 57 estudantes, 24 afirmaram que tiveram contato prévio com doente mental e, destes, apenas 9 (15,8%) afirmaram haver sentido medo nessa situação. O restante — 48 (84,2%) — não se viu, com o doente mental, em condições que justificas-

sem o aparecimento do medo ou de outro sentimento capaz de gerar ansiedade.

Os estudantes citaram as suas dificuldades, conforme pedido feito do próprio plano de assistência de enfermagem (Anexo 4). Essas dificuldades foram agrupadas no quadro a seguir (Quadro 4) e sua descrição, pormenorizada, está contida no Anexo 10.

#### QUADRO 4

##### DIFICULDADES CITADAS PELOS ESTUDANTES NOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIFICULDADES	RESPOSTAS	
	N.º	%
Dificuldades dos estudantes relativas ao seu estado emocional e conhecimento	25	56,8
Dificuldades dos estudantes relativas ao comportamento do paciente	19	43,2
TOTAL	44	100,0

O fato de 56,8% das dificuldades dos estudantes, na elaboração do plano de assistência de enfermagem, estarem ligadas a eles próprios vem confirmar a afirmação de GARANT (1972) de que a “enfermeira deve, também, considerar as suas próprias atitudes e sentimentos em relação ao paciente e verificar quais os efeitos que têm, na sua habilidade de identificar e satisfazer as necessidades do paciente. Ela precisa estar consciente de como seu próprio comportamento afeta outrem e como é afetado pelas outras pessoas”.

Ao iniciar-se o estudo, tinha-se em mente que, se fosse possível fazer-se uma orientação geral e que eliminasse a ansiedade dos estudantes, não seria necessária uma orientação contínua e individualizada dos mesmos; dessa for-

ma, haveria economia no tempo das docentes. Em vista, porém, das dificuldades sentidas pelos estudantes, viu-se que tal economia se torna impossível.

#### CONCLUSÕES

O levantamento das dificuldades dos estudantes, no relacionamento com os doentes mentais, informou que os alunos trazem consigo idéias preconcebidas. De acordo com o estudo realizado, 42,1% dos 57 estudantes tiveram contato prévio com doentes mentais; 15,8% apresentaram reação de medo, quando, na resposta inicial, apareceram 37,2% de ansiedade.

As dificuldades dos estudantes, na elaboração do plano de assistência de enfermagem, estão ligadas a eles próprios,

em 56,8% dos casos; em 43,2%, relacionam-se com o comportamento do paciente.

Os elementos identificados podem servir de base ao preparo de um programa de orientação para os estudantes que iniciam o curso de Enfermagem Psiquiátrica, de forma a minorar a ansiedade inicial que os afeta.

No começo da pesquisa, tinha-se em mente fazer uma orientação geral capaz de eliminar a ansiedade dos estudantes. Porém, como não se encontrou relação entre diminuição de ansiedade inicial e facilidade na elaboração e aplicação do plano de assistência de enfermagem, conclui-se que a orientação do estudante deve ser individual e contínua.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBIEZ, S.A. — Reflecting en the development of a relationship. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8 (6): 25-7, nov. 1970.
2. BISCHOFF, M.W. & CONNOLLY, M.G. — New skill are need. *American Journal of Nursing*, 51 (9): 567-8, sep. 1951.
3. BLACK, K. — Appraising the psychiatric patients nursing needs. *American Journal of Nursing*, 52 (6): 718-21, 1952.
4. BRILL, N.Q. — The importance of understanding yourself. *American Journal of Nursing*, 57 (10): 1325-6, oct. 1957.
5. BROWN, M.M. & FOWLER, G.R. — *Psychodynamic nursing: a biosocial orientation*. 4 ed., Philadelphia, W.B. Saunders, 1971. p. 115.
6. GARANT, C. — A basis for care. *American Journal of Nursing*, 72 (4): 699-701, apr. 1972.
7. HOFLING, C.K. et al. — *Basic Psychiatric concepts in nursing*. 2 ed. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1972. p. 10.
8. HUGHIE, B. — Behavior of psychiatric patients and staff discomfort. *Nursing Research*, 16 (1): 67-68, winter, 1967.
9. IRVING, S. — *Basic psychiatric nursing*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1973. p. 1-2.
10. KIMBALL, L. — *Psychiatric Nursing: syllabus and workbook for student nurse*. 2. ed. St. Louis, Mosby, 1958, p. 23.
11. LEWIS, J.A. — Reflections on self. *American Journal of Nursing*, 60 (6): 828-30, june, 1960.
12. MADDISON, D. et al. — *Psychiatric nursing*. 3 ed., Baltimore, Williams and Wilkins, 1970, p. 17.
13. MERENESS, D. — *Essential of psychiatric nursing*. 8 ed., St. Louis, Mosby, 1970, p. 28-33.
14. MULLER, T.G. — *Fundamentals of psychiatric nursing*. New Jersey, Littefield, Adams, 1971. p. 4-7.
15. ROBINSON, L. — *Psychiatric nursing as a human experience*. W.B. Saunders, Philadelphia, 1972, pg. 2-4, 14.
16. STEVENS, L.F. — Understanding ourselves. *American Journal of Nursing*, 57 (8): 1022-26, oct. 1957.
17. TUTER, W. — As you enter psychiatric nursing. *American Journal of Nursing*, 56 (1): 72,4, jan. 1956.
18. WALLACE, C.M. — Nursing the schizophrenic patient. *Nursing Mirror*, 127 (4): 36, jul. 1968.

## ANEXO 1

### 1.º QUESTIONÁRIO

(1.º dia de aula)

1. Que idéia você tem a respeito dos doentes mentais em geral?
2. Quais são seus sentimentos em relação aos doentes mentais?
3. Como você espera que vá ser a sua primeira experiência com os pacientes no hospital?
4. Você já entrou em contato com algum doente mental?
5. Se teve contato, como foi essa experiência?

## ANEXO 2

### 2.º QUESTIONÁRIO

(4.ª semana)

O que você está sentindo, no momento, em relação aos pacientes em geral?

## ANEXO 3

### O R I E N T A Ç Ã O

#### 1. Introdução:

Importância do autoconhecimento na identificação dos problemas do paciente, para o planejamento da assistência de enfermagem.

#### 2. Fenômenos que ocorrem no relacionamento enfermeira-paciente, suas possíveis causas e conseqüências: Neste item, são abordados:

- medo de ser agredido;
- medo do envolvimento;
- medo de o paciente não responder às perguntas;
- medo de o paciente perceber a sua insegurança (teste);
- medo de não ser útil;
- medo de ficar doente;
- medo de o paciente exigir demais;
- rejeição;
- envolvimento excessivo;
- necessidade de aceitação;
- manipulação por parte do paciente;
- insegurança;
- dificuldade em aceitar o paciente como pessoa;
- dificuldade em aceitar o paciente como doente mental.

**ANEXO 4**

**PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

<b>ÁREAS AFETADAS E SINTOMAS</b>	<b>PROBLEMAS</b>	<b>RECOMENDAÇÕES</b>	<b>AVALIAÇÕES</b>

<b>PLANO TERAPÊUTICO</b>	<b>PROBLEMAS</b>	<b>RECOMENDAÇÕES</b>	<b>AVALIAÇÕES</b>
<b>Objetivos imediatos:</b> <b>Objetivos mediatos:</b> <b>Avaliação final:</b> <b>Dificuldades encontradas na elaboração deste plano:</b>			

## ANEXO 5

### 3.º QUESTIONÁRIO

(6.ª semana)

O que você está sentindo, no momento, em relação aos pacientes em geral?

## ANEXO 6

Como *distúrbio de comportamento* foram consideradas as seguintes expressões:

comportamento não-aceito pela sociedade;  
desajuste de comportamento;  
comportamento considerado fora dos padrões normais;  
alterações de comportamento;  
comportamentos esquisitos;  
comportamentos anormais;

Como *idéia indefinida* foram consideradas as seguintes:

“Doentes mentais são pessoas que não conseguiram superar barreiras da vida.”  
“São doentes, como qualquer outro, que necessitam de cuidados.”  
“São pessoas com estrutura psicológica alterada.”  
“São indivíduos que podem ser controlados, compreendidos e aceitos.”  
“São pessoas em crise catatônica.”  
“Já conhecia alguns tipos de doentes mentais.”  
“São indivíduos que não devem ser marginalizados, mas que devem ser ajudados.”  
“Os doentes mentais necessitam de cuidados especiais, muita atenção e paciência.”  
“Pessoas que reprimem sentimentos e necessitam ser compreendidas social e psicologicamente.”  
“São pessoas com problemas mentais e esses problemas se manifestam no seu comportamento.”  
“Pessoas mais doentes, que sofrem mais do que pessoas doentes fisicamente.”

## ANEXO 7

### CLASSIFICAÇÃO DOS SENTIMENTOS EXPRESSOS PELOS ESTUDANTES

Como *ansiedade* foram consideradas as seguintes expressões:

receio por desconhecer a psicopatologia;  
receio de: permanecer junto ao paciente;  
não ser compreendido;

desconfiança;  
insegurança;  
medo de não ter tido contato com um doente mental;  
medo do desconhecido;  
medo de: ficar presa no hospital;  
    não conseguir relacionar-me;  
    não estar agindo corretamente;  
    não ser aceito;  
vontade de deixar tudo de lado e sair correndo;  
sensação de inutilidade e de incapacidade;  
incerteza da cura do paciente;  
frustração pelo pouco que se pode fazer;  
ansiedade em geral;  
pacientes agressivos, agitados, revoltados, desconfiados.

Como *pena* ficaram subentendidos:

dó;  
compaixão;  
vontade de ajudá-los;  
apoio.

Foram consideradas como *rejeição*:

antipatia;  
aversão;  
raiva (ou desespero) por não saber o que fazer;  
indiferença por nunca ter entrado em contato direto com doentes mentais;  
vontade de largar o paciente no meio da conversa;  
irritação;  
frieza.

Foram considerados como *curiosidade*:

curiosidade em geral;  
interesse em saber o porquê das reações do paciente.

Como *aceitação* foram consideradas as seguintes respostas:

compreensão;  
sentir que pode ajudá-los, depois de treinado para tal;  
sentir que pode ajudar de alguma forma, mesmo que não conheça nenhum caso;  
carinho e dedicação;  
amor.

Como *sentimento indefinido* foram consideradas as seguintes:

"Iguais aos outros da clínica médica e cirúrgica, só que com um pouco mais de tolerância."

'Os mesmos que para um doente comum que necessitasse de um tipo diferente de auxílio."

"De muito respeito humano."

"Sinto que precisam ser amados e compreendidos, assim como qualquer outra pessoa normal. Eles precisam acreditar que alguém se interessa por eles e que nosso objetivo não é o de caçoar deles, mas sim, de ajudar."

"Acho que devemos tratá-los com muita compreensão, carinho, sem ter pena, sem ter compaixão."

'São pessoas que necessitam de ajuda, sem se ter medo. Meus sentimentos, não sei."

"Sinto necessidade de tratá-los como pessoas humanas, auxiliando-os para uma recuperação mais rápida."

"Uma pessoa doente necessita de cuidados específicos."

"Acho que todos os pacientes precisam de amor."

'Atualmente estou me sentindo mais segura, quando abordo algum paciente ou sou abordada pelo mesmo."

"Vejo os doentes mentais como qualquer outro."

"Sinto que necessita de ajuda, apoio, de alguém que o possa ouvir."

"Não posso definir claramente. Acho que podem ser encarados como qualquer outra pessoa doente, acrescida dos problemas de relacionamento."

'Não sei como definir; só sei que gostaria de compreendê-los e poder ajudá-los."

"Sentimento de apoio, ajuda."

"Como gosto de dar atenção aos necessitados, os meus sentimentos sempre foram positivos."

'Conseguir entender os seus comportamentos."

'Necessidade de compreendê-los, ajudá-los."

## ANEXO 8

Medo:

"Ful agredida várias vezes."

"Marcante, deixou-me transtornada."

"Bastante estranha, quase assustadora."

"Causou rejeição."

"Medo de aproximar-me; para a maioria, o paciente representava um espetáculo à parte."

"O paciente era agitado, tinha olhar brilhante e fixo, falava muito sobre morte, sangue. Mostrava comportamento totalmente diferente do seu normal."

“No primeiro instante, medo; após vários contatos, pena, por não haver nunca melhora por parte do doente.”

“Uma puérpera com psicose puerperal, em tentativa de suicídio. Na intenção de segurá-la, para que não se atirasse do 4.º andar, caímos e fraturei o braço.”

“A primeira impressão causou um impacto, que foi eliminado à medida que tive maior contato com eles.”

**Pena:**

Deprimente.

Pena.

Horível, revoltou pela maneira como eram tratados.

**Reação indefinida:**

“Era um rapaz com problema psíquico e não urológico. Tinha reações normais, frente aos problemas surgidos naquela clínica.”

“Tratei-o como pessoa normal: o doente já estava em fase de alta médica.”

“Só observei.”

“Amizade difícil; porém, na época, achava apenas que o seu comportamento era maluco.”

“Positiva por um lado e negativa por outro, porque não sabia como iria ajudar.”

‘Observei e fui observada.’

“Não tive contato, quando em crise.”

“Experiência familiar.”

“Tenho um tio doente mental, que passa a maior parte do tempo em minha casa.”

**Afirmção de experiência positiva:**

‘Foi muito boa, pois serviu para desfazer uma idéia errada sobre os doentes mentais.’

“Foi maravilhosa. Vi pessoas recuperando-se em poucos dias.”

## ANEXO 9

### RESPOSTAS DA TERCEIRA PERGUNTA DO ANEXO 1

#### MANIFESTAÇÕES DE ANSIEDADE:

“Imagino que será possível o relacionamento verbal e lógico.”

“Terei que procurar e solicitar muito, para conversar com um paciente.”

“Espero compreender os problemas apresentados pelos pacientes, porém tenho receio de como reagirei, frente ao comportamento que poderei encontrar.”

- “Acho que não conseguirei comunicar-me com o paciente, na primeira experiência.”  
“Sinto que não serei aceita, na minha tentativa de compreendê-lo e ajudá-lo.”  
“Triste.”  
“Deprimente.”  
“Com o medo que sinto, acho que não vou conseguir manter um clima normal, no primeiro contato.”  
“Traumatizante.”  
“Penso que terei um certo receio de aproximar-me dos pacientes.”  
“A ansiedade não me permite um raciocínio lógico, mas a idéia geral é a de que será um fracasso total.”  
“Penso que vou ser agredido.”  
“Acho que não vou conseguir quase nada com os pacientes, porque acho que eles são indivíduos muito complexos.”  
“Desastrosa, porque estou com medo e insegurança.”  
“Experiência chocante e frustradora.”  
“Acho que sentirei medo e compaixão.”  
“Não sei, não posso aquilatar: sinto medo e insegurança.”  
“Penso que se desenvolverá um clima tenso para mim.”  
“Imagino que não me controlarei, emocionalmente, lá dentro.”  
“Penso que sentirei medo de ficar entre vários doentes.”  
“Tenho receio de querer ajudar, e prejudicar mais.”  
“Espero que seja algo anormal.”  
“Péssima.”  
“Não sei o porquê das coisas.”

Expressão imprecisa:

“Penso que poderei entender o porquê de seus atos e pensamentos.”

## ANEXO 10

Dificuldades dos estudantes relativas ao comportamento do paciente.

	N.º de respostas
Repete muito as mesmas queixas	1
Não menciona sua psicopatologia	1
Permanece em silêncio durante a entrevista	1
Não aceita entrevista	1
Não aceita o estudante como profissional	1
Não se relaciona com as outras pessoas	1
Mantém-se fora da realidade	2
Não participa das atividades	6
Não fala, não conversa	2
Não prende a atenção naquilo que faz	2
O paciente não aceita a internação	1
<b>Total</b>	<b>19</b>

Dificuldades dos estudantes relativas ao próprio conhecimento.

	N.º de respostas
Identificar os problemas do paciente	3
Falta de conhecimento sobre sintomas, tratamentos e evolução da moléstia	1
Identificar as áreas afetadas	4
Identificar os sintomas e relacioná-los com as áreas afetadas	1
Relacionar área afetada, sintoma e problemas	1
Identificar sintomas característicos da doença	1
Identificar os sintomas e distingui-los dos problemas	2
Distinguir área afetada, sintomas e problemas	1
Identificar área afetada e traçar as recomendações	1
Traçar recomendações	1
Elaborar o plano de assistência	1
Total	17

Dificuldades dos estudantes relativas ao próprio estado emocional.

	N.º de respostas
Chamar o paciente de "senhor"	1
Não aceitar o paciente como doente	1
Anotar as comunicações percebidas	1
Ter medo de ser rejeitado	2
Encontrar assunto para manter conversação agradável	1
Sentir pena do paciente	2
Total	8