

C 680389  
R 1393472  
03/05/01  
R# 5,95

Prof. Frezza  
em carinho e estima  
pela presença constante em nossa  
carreira  
A. Guimarães  
13/06/90

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1393472	
03 / 05 / 2001	

OK

O VIR E O SER PESQUISADOR EM ENFERMAGEM  
PSIQUIÁTRICA E SAÚDE MENTAL

PROFª DRª EDNA PACIÊNCIA VIETTA

10.7368  
2/6572  
1990

1990

Antes de lançarmos à busca do verdadeiro impõe-se nos uma regra de higiene preliminar: é preciso renunciar a tudo que impeça o nosso espírito de achar-se em estado de pura receptividade de face a face com o verdadeiro, suprimindo os esquemas que ofuscam a Luz Natural.

(Emmanuel Mounier)

A quem devo tudo que sou, além de mim e após Deus.  
A quem me faz sentir além do horizonte visível —  
o absoluto... e ser.  
A quem me dá a certeza de que sou Feliz  
e de que a Vida... vale a pena vivê-la.  
A quem dá sentido à minha existência.

*EPHRAIM*, esposo, amigo e companheiro.

A quem serenamente chegou para  
completar a alegria do nosso mundo,  
nos surpreendendo a cada momento  
com sua Pureza e Ternura.

*EDIVALDO*, nosso filho querido.

Dedico este trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS. . . . . 111

LEITURAS RECOMENDADAS . . . . . 118

Nada mais natural para iniciarmos esta exposição que justificar nossa opção pelo tema escolhido: "O vir e o ser pesquisador em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental". Na verdade, temos procurado ao longo de nossa carreira, aproveitando os momentos dos concursos, para uma reflexão mais profunda acerca do desenvolvimento de nossas atividades essenciais, enquanto docentes da Universidade de São Paulo. Assim, justificamos esta exigência estatutária para além do simples procedimento avaliativo ou mera comprovação de méritos acadêmicos.

No presente momento achamos oportuno optarmos por expor nossas reflexões sobre a atividade de pesquisa.

A atividade de pesquisa é um empreendimento relativamente recente na enfermagem. Restrita a 1 ainda às universidades, raramente desenvolvidas em unidades de trabalho, carentes da revelação de uma unidade 2 globalizante e definição mais precisa de suas linhas de pesquisa. 3

A investigação é reconhecidamente um dos processos mais seguros e efetivos para a melhoria da atuação e prática da enfermagem. Acreditamos que para a efetivação da melhoria da qualidade de atendimento de enfermagem haja a necessidade de mudanças estruturais e de aquisições e otimização de novos conhecimentos à prática, somente possível através de reflexão, postura crítica e investigação científica.

Estabelecer e definir nossa linha de pesquisa enquanto Pesquisadora da área Enfermagem Psiquiátrica, constituiu-se, portanto, nosso maior desafio, daí nos propormos por meio de relato livre, logicamente, prejudicado por uma exposição linear já defasada no tempo e espaço, a retomada de toda nossa vivência desde as ori-gens do nosso projeto de vir-a-ser pesquisadora.

No processo de reminiscências, a sequência de tempo e espaço se entrelaçam e confundem: o fim é o começo e o começo é o fim, e nesta perspectiva, o espaço não pode ser considerado como uma ordem já da-da, em que as coisas vão se delineando. Inverso é a organização do mundo dos objetos que orienta os seus lugares.

BINSWANGER<sup>4</sup>, ao comentar o conceito de horizonte existencial, mostra claramente que, na vivência individual não existe separação entre passado e

presente. "A relação do presente individual com o passado não é em si determinada pelo passado, mas pelo horizonte dentro do qual são experimentados ao mesmo tempo presente e passado". Nesta ordem de idéias, o passado não é imutável, pois o significado de um acontecimento se transforma juntamente com a história do indivíduo. Nesta perspectiva, não é o passado que determina o presente nem este o futuro. Oposto é o sentido da trajetória do ser que modifica a significação do passado e presente.

Assim, iniciamos o relato de nossa trajetória, permeado por fatos históricos significativos para o delineamento de nossa linha de pesquisa, tentando compreender o presente pela experiência passada e revivida.

Uma linha de pesquisa se define ao longo de todo projeto de formação, crescimento, desenvolvimento pessoal e acadêmico para o delineamento do perfil do pesquisador. Caracteriza-se, sobretudo, pela afinidade deste por alternativas metodológicas de aplicação pertinente a um campo de conhecimento ou saber, que se concretiza de forma coerente e lógica, tendo como meta ou empreendimento a compreensão-interpretação de um universo de fenômenos.

Para a concretização ou conquista deste estágio *iniciação* faz-se necessário a plena consciência e habilidade no manejo de recursos Técnicos-Científicos disponíveis, bem como o domínio de um saber, orientado por determinada concepção de Homem, de Mundo e de Universo, refletida pela corrente de pensamento que orienta e instrui o pesquisador, num momento dado.

Este projeto de crescimento e desenvolvimento, encontra-se vinculado a toda uma vivência em investigação e à delimitação ou tendência a utilização



constante de um referencial Teórico\* e Filosófico a nor<sup>te</sup>tear uma linha de pensamento. Esta relação é fruto de experiência de vida pessoal e profissional e o reflexo do grau de engajamento social, ético, moral e profissional do pesquisador — *Lebenswelt*.

Enquanto projeto dinâmico e dialético, tende aperfeiçoar-se exigindo muitas vezes adaptações, revisões e transformações de idéias, tando mais conhecimentos e vivências adquire o pesquisador.

Para a dialética, a causa fundamental do desenvolvimento das coisas não está fora delas, mas dentro, na natureza contraditória, inerente a essas mesmas coisas. Todo fenômeno tem contradições internas que lhes são inerentes. São elas que geram o movimento e o desenvolvimento das coisas e idéias. A verdade para a dialética não é um conjunto de princípios definitivos, é um processo dinâmico e histórico a passagem de graus inferiores para graus superiores do conhecimento. Todo bom pesquisador é dialético, ele não pode compreender a realidade, senão quando a considera em movimento.

No desenvolvimento de nosso papel de pesquisadora fomos conduzidas de forma sistemática a di

---

\* Por teórico entende-se o produto do ato de contemplação, enquanto ação à distância.

reacionar nossas pesquisas dentro dos enfoques teóricos que fundamentavam as disciplinas de Enfermagem Psiquiátrica nos anos 70, sobretudo as Teorias: Psicodinâmica, Psicanalítica, centrada no cliente; princípios de Psiquiatria Preventiva e Comunitária, dentre outras.

A Enfermagem Psiquiátrica começava a galgar espaço no cenário das demais áreas da Saúde, sobretudo, no papel de enfermeira-terapeuta em colaboração com outros profissionais, entre estes, os Cientistas Sociais. Reflexões conjuntas alertaram-nos para a necessidade do desenvolvimento do papel da enfermeira pesquisadora e do domínio em questões metodológicas e teórico-filosóficas, estão disponíveis.

Iniciamos nosso processo de formação em pesquisa, como docente do departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP-USP e aluna da Pós-Graduação-Área Enfermagem Psiquiátrica, Nível Mestrado, na linha então predominante, ou seja, em "Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental" sob a orientação da Profª Drª Maria Aparecida Minzoni. Já naquela época (1975), esboçava-se a tendência a nos voltarmos para a pesquisa qualitativa como alternativa metodológica, mediante a consciência da importância do conhecimento tipo "Compreensivo".

Nossa primeira produção a nível da

pesquisa nesta linha foi a Dissertação de Mestrado intitulada: *Contribuição ao Estudo da Assistência de Enfermagem Psiquiátrica com enfoque na Prevenção Primária.*

O interesse pelo desenvolvimento desta pesquisa surgiu devido a constatação da inexistência de serviços de assistência a Saúde Mental, específico para atendimento aos adolescentes. Pelo reconhecimento da dificuldade em se determinar com exatidão quando o jovem está passando por uma experiência de doença mental e requer, portanto, tratamento psicoterápico ou psiquiátrico ou quando o quadro apresentado se deve a denominada crise da adolescência, podendo pois vir a beneficiar-se de modalidades tipo orientação e apoio.

Se por um lado existia a preocupação em evitar que o jovem fosse rotulado, com o risco de assumir, sem necessidade o papel de doente mental, de outro havia a consciência da importância em se detectar precocemente, qualquer indício de patologia.

Sobre esta temática foram realizadas várias pesquisas que culminaram nas seguintes publicações:

PACIÊNCIA, E. Contribuição ao estudo da Assistência de Enfermagem Psiquiátrica com Enfoque na Prevenção Primária - ARQ. CLIN. PINEL - Porto Alegre, V.VII, nº 1,

março, 1981. p.69-85.

\_\_\_\_\_. Seguimento de Enfermagem a Adolescentes em crise. ARQ. CLIN. PINEL - Porto Alegre, V.VII, nº 1, março, 1981. p.47-55.

\_\_\_\_\_. Ações de Enfermagem Psiquiátrica Preventiva dirigida à população adolescente: Dinâmica, Técnica e Metodologia. REV. DE ENF. ATUAL - Ano IV, nº 22, março-abril, 1982.

\_\_\_\_\_. Seguimento de Enfermagem, uma alternativa para o dilema do diagnóstico diferencial entre o que é patológico e o que é perturbação normal e/ou crise da adolescência. REV. ENF. ATUAL - Ano IV, nº 23, maio-junho, 1982.

PACIÊNCIA, E. e D'ANDREA, F.F. Assistência ao adolescente em crise, uma nova alternativa. BOL.OF.SANIT. PANAM., vol.34, nº 7, junho, 1982. p.883.

\_\_\_\_\_. Adolescência e crise. Uma visão do profissional de Saúde Mental. BOL.OF.SANIT.PANAM., vol.16, nº 13, p.147-151, 1983.

Aos poucos surgia a necessidade em nos definirmos e fixarmos numa corrente de pensamento que viesse nos oferecer segurança na escolha metodológica, particularmente aquela que propiciasse a validação dos resultados obtidos nas investigações por nós realiza

das, no campo da Enfermagem Psiquiátrica.

O desconhecimento da etiologia da doença mental, a subjetividade de reações, atitudes e comportamentos apresentados pelos sujeitos, bem como a multiplicidade de fenômenos envolvidos nas inúmeras situações psiquiátricas, quase sempre nos impunham certas limitações de ordem metodológica e "Científica" de seus resultados, refletindo intranquilidades, num contexto de persistente clima cartesiano.

A persistência da visão cartesiana traduzia-se na firme crença da certeza do conhecimento científico: sua vocação em distinguir a verdade do erro em todos os campos do saber, levando a afirmação de que *"Toda Ciência é conhecimento certo e evidente e a rejeitar todo conhecimento meramente provável, considerando que só se deve acreditar naquelas coisas que são perfeitamente conhecidas e sobre as quais não pode haver dúvidas"*. Sentimos muito cedo que tal convicção no que se referia a fenômenos mentais era uma utopia.

A influência presente ainda em nossos dias da visão cartesiana e ideais positivistas teve efeitos profundos sobre o pensamento científico ocidental, impedindo os médicos de considerarem seriamente a dimensão psicológica das doenças e os psicoterapeutas de lidarem com o organismo de seus pacientes.

O reflexo da visão cartesiana em Medicina se fez sentir no desdobramento dos objetos do sa  
ber, levando a progressiva especialização com o subse-  
quente risco de restringir a visão do homem, a um reduzi  
do domínio técnico, a ponto de se perder de vista as gran  
des conexões da totalidade do ser. Estes reflexos, se  
fizeram sentir na psiquiatria e na enfermagem psiquiátri  
ca.

Na Enfermagem a influência da divi-  
são cartesiana causou sêria repercussão redundando em in  
terminável confusão acerca da relação corpo-mente, cus-  
tando-lhe perda e conquista de espaço além do adiamento  
no estabelecimento de seu objeto formal.

Se o argumento explícito comumente  
recorrido para justificar o despontar da ideologia posi  
tivista é real, não podemos deixar de reconhecer até cer  
to ponto suas boas intenções e até quem sabe louvã-las  
em seu ideal nobre. A convicção de seus adeptos a come  
çar por COMTE era a de que, superando definitivamente as  
épocas em que os fenômenos naturais e sociais eram vis-  
tas como manifestações de seres divinos — e ninguém mais  
sofreu com isto do que o doente mental — fossem aborda  
dos metafisicamente, a humanidade teria encontrado final  
mente na Ciência a maneira correta de explicar a realida  
de. Isto em boa hora, já que em pleno século XIX a huma

nidade carecia de explicações mais racionais.

A falta de conhecimento racional sobre a doença mental levou a civilização primitiva a atribuir-lhe como causa o sobrenatural.

As pessoas perturbadas por algum mal mental eram consideradas seres possuídos por demônios ou espíritos malignos. Em consequência os doentes mentais foram durante muito tempo assistidos por curandeiros, que exerciam práticas mágico-religiosas, feitiçaria, através das quais manipulavam com as "entidades" por meio da intimidação, confusão e punição. Essas práticas nada mais eram que o exorcismo, rituais mágicos e encantamento, muitas das quais praticadas ainda nos dias de hoje.

Depreende-se da história da psiquiatria que o primeiro "curador" foi INHOTEP, sacerdote egípcio, que construiu um templo em Menfis, mais tarde transformado em escola de medicina e posteriormente em hospital. A importância desses templos estava principalmente no fato dos pacientes serem encorajados para em horas de folga, praticarem atividades recreativas como, por exemplo: excursões sobre o Nilo, concertos, danças, pinturas e desenhos, exatamente como acontece em ambientes de hospitais modernos, onde são recomendadas as terapias ocupacional e recreacional. Contudo, havia tão grande necessidade de explicações sobrenaturais que as curas, quan

do conseguidas, eram atribuídas ao Santo Padroeiro dos Templos.

Os templos eram situados em locais de extrema beleza natural, tendo em suas proximidades banhos, jardins e encostas. Quando admitido, o paciente recebia instruções de limpeza pessoal e dietética. Isto nos leva a crer que os povos da antiguidade, embora, utilizando-se da prática mágico-religiosa, já tinham intuição da importância do ambiente, das atividades ocupacionais e do valor da recreação na recuperação dos doentes mentais.

HIPÓCRATES, *Pai da Medicina*, iniciador da observação clínica, foi o primeiro médico a explicar coerentemente as doenças com base em causas naturais. Não só obtinha a história completa de vida de seus pacientes, como já reconhecia a importância da relação médico-paciente no processo de cura. Não admitia maus tratamentos aos doentes mentais, recomendando que os pacientes permanecessem em lugares iluminados, apregoando que a coação quando necessária deveria ser humanamente aplicada de modo a não causar prejuízo maior do que a vantagem de conservá-los quietos.

Na Era Clássica, a doença mental já tem explicações naturais e não mágicas. PITÁGORAS afirmava que "o cérebro é o verdadeiro órgão do intelecto do



*homem e a sede da enfermidade mental*". Os médicos hipo  
cráticos descreviam pela primeira vez delírios orgâni-  
cos, sintomas de depressão (melancolia), insanidade puer  
peral (psicose-pós-parto), fobias, etc.

Na Era Clássica, a assistência ao do  
ente mental evoluiu bastante para declinar em seguida, a  
tingindo um retrocesso geral na magia, no misticismo e  
na demonologia. Este retrocesso coincidiu com a queda  
do Império Romano e início da Idade Média, período que  
perdurou por dez séculos. A assistência psiquiátrica de  
teriorou-se a ponto de tornar-se indistinguível do exor  
cismo demonológico.

No Século XIV os doentes mentais pas  
saram a ser considerados feiticeiros e tornaram-se vít  
imas da inquisição.

Em fins do século XV foi publicado "O  
martelo das Bruxas", um manual da inquisição de autoria  
de dois religiosos, KRAMER e SPRENGER. Sua publicação  
lançou uma campanha para exterminar na fogueira, bruxas,  
possessos, enfim todos aqueles que tivessem pactuado com  
o demônio.

A idéia de que a alma possuída só se  
salvaria com a destruição do corpo, levou à fogueira mi  
lhares de homens e mulheres inocentes a maioria conside  
rados doentes mentais.

A Renascença representou os primeiros passos importantes do homem ocidental em direção a um novo modo de encarar a psiquiatria, depois de longa ignorância medieval. Com a ruptura do mundo medieval a pareceram novas idéias, que passaram a questionar os valores e tradições até então aceitas. Desenvolveu-se uma intensa atividade artística e intelectual. O novo espírito de indagação levou ao questionamento da própria Igreja que até então dominava tudo com sua ênfase no mundo sobrenatural, e na proibição da prática clínica, considerada uma substimação aos próprios princípios espirituais.

O homem da Renascença, observando e explorando a natureza ao seu redor, ampliou a visão de mundo o que deu origem a diversas descobertas científicas no campo da Astronomia, Física e Medicina.

A confiança na observação, mais do que na teoria, refletiu-se também no fato de terem os médicos do século XVI começado a olhar para seus pacientes de perto e a registrar o que viam (ALEXANDRE e SELESNICK)<sup>1</sup>.

A Renascença, por representar um período de transição, entre os mundos medieval e moderno, teve uma característica um tanto ambivalente na qual o mundo sobrenatural ainda existia na mente humana, apesar de perder sua vitalidade.

Esta etapa da evolução psiquiátrica, finaliza com a preocupação crescente em proteger o doente mental independente da causa atribuída à sua doença. Esta proteção apresentava-se de forma ambígua, com a organização de asilos, construídos em locais afastados dos centros urbanos, cuja real finalidade, era isolar o doente do convívio social, ou melhor, proteger a sociedade.

No século XVIII, épocas de descobertas fabulosas no campo da Biologia, Física, Química e Medicina, os doentes mentais, embora não mais torturados e mortos em fogueiras ainda se encontravam em situações angustiantes. Quando não eram hospitalizados, vagueavam pelos campos ou pelas ruas, onde eram maltratados e ridicularizados.

Com o desenvolvimento das ciências de um modo geral e da psiquiatria de modo particular, os novos conhecimentos adquiridos com relação aos fatores determinantes das doenças mentais contribuíram para o que convencionou-se entender o Triunfo da razão sobre o medo, chegando-se a um importante estágio de progresso; a eliminação da magia como modo de encarar a psiquiatria.

Como consequência a esses avanços, nossa cultura sempre se orgulhou de ser científica; nossa época é apontada como Era Científica, dominada pelo pensamento racional. O conhecimento Científico é fre-

quentemente considerado como a única espécie aceitável de conhecimento. Não se reconhece geralmente que possa existir um conhecimento (ou consciência) intuitivo o qual pode ser tão válido como qualquer outro.

A atitude conhecida como Cientificismo, muito difundida e impregnada em nosso sistema educacional Universitário nos atingiu profundamente, incomodando-nos sobremaneira pelo fato de não lidarmos, em psiquiatria, com dados puramente objetivos passíveis de serem interpretados à luz da relação causa-efeito.

Embora a objetividade da Ciência nos auxilie a chegar a uma compreensão útil de certas fases dos fenômenos humanos, imaginar que todos os aspectos da mente humana, aspectos criativos, quase sempre imprevisível e certamente intangíveis, possam ser reduzidos a princípios mecanicistas de causa e efeito é absolutamente incompreensível.

Esta fase de incessante busca e reflexão, induziu-nos a recorrer em inúmeras situações aos recursos da pesquisa quantitativa à garantia e apoio de pressupostos básicos de orientação positivista que, acreditávamos assegurar a validade de nossos resultados. Tal experiência revelou-nos entre outras coisas a extrema fragilidade desta convicção reducionista, desvelando-nos a verdadeira natureza da Ciência. Por outro lado, esta

vivência levou-nos a admitir a não incompatibilidade na utilização das duas alternativas em investigações psiquiátricas, proporcionando-nos ainda um treinamento considerado de nosso ponto de vista, indispensável para a iniciação de todo pesquisador, enquanto experiência prévia para o projeto de definição de uma linha de pesquisa.

Tudo nos leva a crer o despontar de uma tendência à retomada de postura científica mediante a percepção de uma nova visão de realidade, fruto de uma nova Era que se inicia.

As últimas reviravoltas no leste europeu, na esteira da Perestroika Soviética, reafirmam, severamente, as suspeitas de que uma nova configuração planetária está por emergir.

A Ciência Clássica foi constituída segundo o método Cartesiano que analisa o mundo em partes e organiza essas partes de acordo com leis causais. O quadro determinista do Universo resultante disso estava intimamente relacionado com a imagem da natureza como um mecanismo de relógio. Na Física Atômica tal quadro mecânico e determinista deixou de fazer sentido.

A Teoria quântica mostrou-nos que o mundo não pode ser mais analisado a partir de elementos isolados, independentes. Na Física Atômica, não pode mais ser mantida a nítida divisão cartesiana, entre matê

ria e mente, entre observador e observado.

Nunca podemos falar de Natureza, sem ao mesmo tempo, falarmos sobre nós mesmos. A aproximação da Ciência e da Metafísica deixou de ser heresia.

Ao transcender a divisão Cartesiana, a física moderna não só invalidou o ideal clássico de uma descrição objetiva da natureza, mas também desafiou o mito da Ciência isenta de valores.

A visão de mundo cartesiana, foi ficando-nos cada vez mais evidente, traduzindo-se na urgente necessidade de uma postura transcendente à abordagem mecanicista e reducionista da psiquiatria e consequentemente da Enfermagem Psiquiátrica.

Portanto, é muito provável que tanto a Medicina como as demais ciências biomédicas passem por uma nova transformação, quando os pesquisadores dessas áreas reconhecerem, definitivamente, a necessidade da superação do paradigma cartesiano, para a concretização de novos avanços na compreensão da saúde e da doença.

Depreende-se da história da Enfermagem Psiquiátrica, que a sua evolução deu-se "Pari Passu" com a evolução da Psiquiatria. Por conseguinte, é natural que uma vez estabelecida firmemente em Medicina, a concepção mecanicista, esta também refletisse nas atitudes dos profissionais responsáveis pelo cuidado de enfer

magem dirigido a doentes mentais. Portanto, não é de se estranhar o fato da Enfermagem assimilar e incorporar ao longo da história, todas as posturas adotadas pela Medicina e Psiquiatria. Desde a postura organicista para qual as doenças mentais são doenças do cérebro, devendo ser tratadas por meio de terapêuticas somáticas, como o eletrochoque, insulino**te**rapia, neuro**l**épticos, cirurgias como a lobotomia, até a sociopatologia em que a doença mental é uma doença social, ligada à opressão e exploração do paciente, para cuja solução apresenta-se a luta para uma sociedade mais justa.

A fim de confirmarmos tal convicção reportamo-nos à história da psiquiatria, recapitulando e resgatando elementos essenciais para a compreensão da evolução da Enfermagem Psiquiátrica e assistência ao doente mental, procedendo um levantamento bibliográfico na literatura especializada, o qual culminou com a publicação do artigo:

PACIÊNCIA, E. Evolução da Psiquiatria e da Enfermagem Psiquiátrica. REV.ENF.ATUAL. Ano V, nº 25. Setembro-outubro, 1982.

Mais tarde a Temática foi retomada de um ponto de vista relacional entre as duas profissões,

Medicina e Enfermagem focalizando a importância fundamental para ambas as profissões, o estabelecimento e delimitação de suas fronteiras. Procurou-se estabelecer os espaços e as competências que as caracterizam e as definem como profissões complementares e interdependentes. Este esforço resultou na publicação do artigo:

VIETTA, E.P. Fronteiras entre a Medicina e a Enfermagem.  
REV.CARISMA. vol.VII, nº 1 e 2, 1985.

A ênfase na definição e localização precisa de patologias, idealizado pelo Modelo-Médico\*, atingiu também os estudos sobre as perturbações mentais. Em vez de tentarem compreender as dimensões psicológicas da doença mental, os psiquiatras concentraram seus esforços na descoberta de causas orgânicas — infecções, deficiências alimentares, lesões cerebrais — para todas as perturbações mentais. Essa "orientação orgânica" em psiquiatria foi incentivada pelo fato de que em inúmeros casos, os pesquisadores puderam, de fato, identificar origens orgânicas de certos distúrbios mentais e desenvolver métodos bem-sucedidos de tratamento. A orientação or

---

\* A essência do Modelo-Médico consiste em definir a entidade patológica (a doença) depois isolar os organismos invasores (germes, vírus) e desenvolver ou descobrir a droga ou vacina específica que destruirá esses organismos.



gânica em psiquiatria resultou na transferência de con-  
ceito e métodos que foram considerados úteis no tratamento  
de doenças físicas para o campo dos distúrbios emociona  
is e comportamentais. A verdade é que quando se acre  
dita que esses distúrbios se baseiam em mecanismos biológ  
icos específicos, dá-se grande ênfase ao estabelecimento  
do diagnóstico correto, usando um sistema reducionis  
ta de classificação. Embora essa abordagem tenha fracass  
sado para a maioria dos distúrbios mentais, foi amplamente  
adotada na esperança de que se encontrassem enfim, os  
mecanismos específicos de causação da doença e os correspon  
dentes métodos específicos de tratamento para todos  
os distúrbios mentais.

KALKMAN<sup>17</sup>, em seu artigo sobre "A En  
fermeira Psiquiátrica e o desenvolvimento histórico de  
seu papel" nos fala sobre a existência de um paralelo para  
o cuidado de enfermagem oferecido ao doente com doença  
física, e ao doente mental, até o surgimento do tratamen  
to moral. Lembra que o período entre 1830 e 1840 o  
tratamento Moral, que seguia os princípios humanitários  
de Pinel na França se espalhou por toda a Europa, entran  
do em decadência no final deste período, quando a Psiqui  
atria Descritiva Clássica e a Psiquiatria Psicoanalítica  
de Freud, estava ainda por vir.

Somente a partir do final do século

XIX, em meio a grandes descobertas nos Campos da Neurobiologia e Neurologia, Emil KRAEPELIN, instituiu a Escola da Psiquiatria Descritiva, classificando as desordens mentais e estabelecendo a Nosologia psiquiátrica.

Pela classificação de KRAEPELIN, pertenceriam a mesma unidade nosológica aquelas patologias que tivessem: causas comuns; sintomas semelhantes; curso equiparável em todos os casos; evolução comum e achados anatomopatológicos concordantes.

Tal unidade, em campo tão subjetivo, perdeu logo, seu caráter de realidade concreta. O esquema diagnóstico proposto para o comportamento anormal, revelou-se imperfeito uma vez que:

- . determinados sintomas ou grupos de sintomas podem aparecer em numerosas categorias diagnósticas;
- . a presença num indivíduo de certas características clínicas, não garantem que ela possa ser classificada sem ambiguidade, de fato, poderá enquadrar-se em inúmeras categorias;
- . um indivíduo poderá não apresentar certas características fundamentais de uma síndrome e nem por isso estar excluído desta classe diagnóstica;
- . a ausência de um conjunto de características importantes, não significa, necessariamente, não pertencer a um determinado grupo diagnóstico.

Apreende-se daí, que, a patologiamental exige métodos de análise diferentes dos utilizados, no caso das patologias orgânicas, e somente por um artifício de linguagem se pode emprestar o mesmo sentido: às "doenças do corpo" e às "doenças do espírito".

KRAEPELIN, frequentemente considerado, *Pai da Psiquiatria Moderna*, é autor de uma obra que testemunha ao mesmo tempo seu medo do doente mental e um profundo pessimismo quanto as possibilidades terapêuticas.

Com KRAEPELIN, o doente mental ganha definitivamente seu status de louco, e seu confinamento espacial é reforçado com uma barreira temporal, crônica, definitiva.

*"Desconfiemos, desconfiai, jovens mēdicos que me ouvís, o louco é perigoso e continuará a sē-lo até a sua morte que, infelizmente, em poucos casos o corre com rapidez!"* (apud JACCARD)<sup>15</sup>.

Para KRAEPELIN e sua Escola, o único doente mental bom era o doente morto.

No meio de tanto pessimismo, surge a final uma luz no túnel e perspectivas de melhoria da qualidade de assistência tem início com as importantes descobertas de Sigmund FREUD, *Pai da Psicanálise*. Enquanto, a Psiquiatria Descritiva, primeiramente interessada em

descrever objetivamente as características do indivíduo mentalmente doente, através de um método similar àquele usado para descrever um espécime no laboratório de ciência física ou biológica, a Psiquiatria Dinâmica, se preocupava com as influências e as forças que estavam interferindo na personalidade e que produziam a patologia observada na pessoa mentalmente doente. A Psiquiatria Dinâmica, também reconheceu que o observador não poderia permanecer desinteressado ou distante, como um cientista observando um espécime, mas que o observador, ele mesmo, influencia e é influenciado, pela pessoa observada.

Enquanto KRAEPELIN, numa perspectiva de semiologia médico-neurológica, procurou atrás dos indícios e dos sintomas psiquiátricos, apenas entidades mórbidas, recusando-se a escutar o doente afirmando que — *"A ignorância da língua do doente é, em medicina mental, uma excelente condição de observação"*; FREUD, ao contrário, descobre num feito que se situa no terreno da hermenêutica, que os sintomas psiquiátricos têm um sentido. Que estes sintomas são menos os indícios de uma doença do que a mensagem, a ser interpretada, de um indivíduo que não pode expressar-se senão por eles (JACCARD)<sup>15</sup>.

Nesta época, intensifica-se a perspectiva de melhoria do cuidado do doente mental, porém, persistem ainda atitudes de vigilância, desconfiança e

medo. O preconceito adquirido durante gerações continua e a doença mental ainda é um estigma que se arrastará por longos anos, até os nossos dias.

As importantes descobertas de FREUD, sobre a estrutura e funcionamento da mente humana, abriu caminho para a compreensão do indivíduo sadio e doente. Verificou-se que as dificuldades e conflitos, na infância, refletiam na vida adulta e eram causas importantes no desenvolvimento do equilíbrio da mente. Esta descoberta parece ter sido o primeiro passo para uma nova mentalidade que se projetava com vistas ao enfoque preventivo.

No entanto, a Psicanálise foi se separando do contexto das instituições Psiquiátricas, tornando-se uma Ciência e Técnica Terapêutica à parte, elitizando-se, restringindo seu acesso a certa faixa privilegiada da Sociedade. Formaram-se grandes "feudos" com a denominação de Sociedades ou Círculos Psicanalíticos.

No geral, predominou o enfoque organicista, e os grandes investimentos nos tratamentos somáticos proliferaram.

As três formas de tratamentos que ganharam a preferência dos psiquiatras organicistas foram: O eletrochoque, os neurolépticos, a lobotomia.

O eletrochoque, preconizado por Ugo

CERLETTI (1937), professor de psiquiatria, teve origem em observações no matadouro de Roma, no qual os porcos eram degolados depois de terem sido postos inconscientes por uma descarga elétrica de 125 Volts. Constatou que no momento em que os porcos eram colhidos pelas pinças, ficavam inconscientes, rígidos e depois de alguns segundos, eram tomados de convulsões.

Tal experimento, realizado em humanos, se aperfeiçoou consideravelmente com o tempo, consistindo a técnica, portanto, em fazer passar uma corrente de 70 a 130 volts, através de eletrodos colocados nas têmporas do paciente, durante um tempo que varia de um a cinco décimos de segundo.

Há muitos adeptos da eletroconvulsoterapia, havendo até quem dê explicações plausíveis, de base científica, para o seu uso. Uma das explicações é de que, talvez, produza lesão cerebral, tendo como efeito apagar as modificações neuro-histológicas mais recentes da região cerebral, que registrou como recordação as circunstâncias que provocam a psicose. Em outras palavras, em consequência do eletrochoque, o paciente esquecerá totalmente os acontecimentos que fizeram surgir os sintomas de sua doença, sendo reconduzido, assim, a um estado psicológico anterior à fase depressiva. Explicações psicológicas foram igualmente propostas para os me

canismos de ação do eletrochoque, entre elas:

- 1) o tratamento provocaria tal medo no doente, que este preferiria à "Saúde" a sofrer uma outra seção;
- 2) o paciente consideraria o eletrochoque como ameaça a sua vida, contra a qual seu organismo mobilizaria to dos os recursos e defesas;
- 3) o eletrochoque satisfaria o desejo de auto-punição do paciente.

Para os psiquiatras organicistas, as doenças mentais são, portanto, de origem endógena, o que significa, virem elas do indivíduo atingido, do seu "terreno", da sua "Constituição", e mesmo do seu "carâter moral". O paciente não tem, portanto, contas a pedir ao seu ambiente ou à sociedade, pela sua doença. É nele que se encontra a única causa da morbidez.

Da cadeira giratória à castração, passando pela imersão forçada e brutal do doente, centenas de métodos, todos absurdos, foram utilizados no século XIX por alienistas da linha organicista, ciosos de exercer poder sobre os corpos daqueles que lhes eram confiados.

Não obstante, afirma JOFFE<sup>16</sup>, não dispomos até o momento, de nenhum tratamento etiologicamente fundamentado para o tratamento das desordens mentais graves. Os atuais métodos físicos de tratamento,

que incluem a eletroconvulsoterapia (ECT), e as várias drogas tranquilizantes e antedepressivas são medidas paliativas e sintomáticas. Não combatem as causas do funcionamento anormal, apenas, mantêm sob controle as manifestações clínicas mais perturbadoras. É quase impossível predizer seu efeito no caso individual e o tratamento do paciente não pode ser baseado inteiramente em sua aplicação. Isto implica em que certas medidas físicas só podem ser encaradas como um dos aspectos da abordagem Terapêutica.

Autores como (KOLBE<sup>19</sup>, IRVING<sup>14</sup>, SHULTE e TÖLLER<sup>36</sup>), dentre outros, citam a eletroconvulsoterapia como Terapêutica de reconhecido valor, quando adequadamente utilizada, enquanto autores como (SZASZ<sup>38</sup>, MOFFATTI<sup>25</sup>, LAING e COOPER<sup>20</sup>) não a reconhece como tal, desaconselhando-a. Várias controvérsias têm sido desencadeadas com relação às terapêuticas somáticas, especialmente, o uso indiscriminado de drogas psicotrópicas, havendo, até quem nunca as prescrevem, nem mesmo em doses controladas.

ALEXANDRE e SELESNICK<sup>1</sup> escreveram a este respeito que no geral, a evolução de uma terapêutica medicamentosa das doenças mentais, caracteriza-se por um entusiasmo inicial, ao qual sucede a decepção... Não obstante, dizem os autores, apesar das renovadas decep-



ções colocadas nos resultados obtidos pela ministração de medicamentos, os médicos continuam com esperança de chegarem a superar os conflitos interiores do homem, por meios químicos.

Lembremos que o aparecimento dos neurolépticos data de 1952. O mais conhecido é a clorpromazine, comercializado sob o nome de ampticil. Existe, atualmente, uma variedade de drogas psicotrópicas que os próprios médicos, têm, por vezes, dificuldades em selecioná-las.

Não se pode negar a eficácia, nem mesmo o interesse dos Neurolépticos. Sua utilização, escreveram ALEXANDRE e SELESNICK<sup>1</sup>, permitiu reduzir de modo significativo, o tempo de hospitalização dos doentes que sofriam perturbações graves; atenuando, ainda, a vigilância hospitalar desses doentes, tornando-os mais "dóceis". O mais importante, é que tornou menos frequente no tratamento dos doentes, o recurso a métodos mais radicais, como o eletrochoque, a insulinoterapia e a psicocirurgia. Se por um lado, os neurolépticos agem efetivamente sobre os sistemas mais espetaculares e constrangedores para os que convivem com o doente, deixam, porém, subsistir neste a inércia, a incapacidade para o trabalho, a falta de iniciativa construtiva, necessária a uma ocupação constante. LAING<sup>21</sup>, insurge-se contra a utili

zação de drogas na psiquiatria, na medida em que são da das a pacientes que não as desejam, e distribuídas nos hospitais como rações diárias de quietude para os loucos e tranquilidade para os médicos e equipe de enfermagem. Este tipo de atitude, geralmente, faz parte do cotidiano do Hospital tipo Custodial. Em detrimento, a certo consenso entre especialistas, da área psiquiátrica, sobre as terapêuticas mais adequadas e eficazes no tratamento dos doentes mentais, aqueles, nem sempre contam com condições apropriadas para efetivá-las. Na maioria das vezes, a estrutura hospitalar parece determinar o tipo de terapêutica Somática, Social ou Psicológica, que irá predominar nesta ou naquela instituição, revelando a tendência que certas instituições têm de cumprir "objetivos ocultos", independentes dos objetivos e finalidades precípua do Hospital.

Quanto a lobotomia, realizada pela primeira vez em dezembro de 1935, pelo neurologista português Egaz Moniz, trata-se de uma cirurgia que destrói certas zonas dos lobos frontais do paciente. Originou-se da observação com macacos, que após sofrerem seccionamento das fibras dos lobos pré-frontais, suportavam melhor a frustração, além de mostrarem-se mais dóceis (este feito aplicado em humanos deu a Egaz Muniz o Prêmio Nobel de Medicina, em 1949).

Este procedimento, tornou-se moda na década de 1950, e em 1952, foi condenado pelo Vaticano e proibido nos países comunistas. Na atualidade, é ainda comum, em várias instituições e centros de pesquisas psiquiátricas da América Latina.

Sobre esta cirurgia, JACCARD<sup>15</sup>, comenta que os doentes lobotomizados não só ficam mais calmos, como em numerosos casos são reduzidos à condição de fantasmas plácidos ou verdadeiros Zumbis.

Estes feitos, revelam talvez, a maior incoerência da Ciência Moderna e as consequências da postura radical da visão organicista.

Com base nestas reflexões, procura-mos identificar as características das instituições psiquiátricas, bem como, investigar a inserção das diversas terapêuticas predominantes nas instituições hospitalares. Deste tipo de experiência, elaboramos, entre outros os seguintes artigos:

VIETTA, E.P.; LUIS, M.V. "O Hospital Psiquiátrico como centro de Saúde Mental". REV.GAÚCHA DE ENFERMAGEM, Porto Alegre, 7(1): 47-59, jan. 1986.

PREDUZZI, M.; VIETTA, E.P. Seguimento de Enfermagem a pós alta hospitalar. BOL.OF.SANIT.PANAM. (caderno especial), 101(6), 1986.

VIETTA, E.P.; BUENO, S.M.V.; FREITAS, S.A.D. Tipos de terapêuticas mais utilizadas pelos terapeutas nas instituições psiquiátricas. Trabalho apresentado no XXXIX Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1987.

O aumento dos conhecimentos sobre o complexo condicionamento das doenças mentais, em sentido restrito, e das perturbações da conduta, no sentido mais amplo (como neuroses, psicoses, alcoolismo, etc) desenvolveu-se a necessidade de não apenas lidar-se com as raízes biológicas e psicológicas do problema, mas também com fatores sociais, com sua significação para origem, desenvolvimento e desfecho de tais manifestações.

Com o avanço das Ciências Sociais e o advento da Medicina Preventiva, o conceito de causalidade única para a doença começa a ser revisto. Inicia-se o conceito de causalidade múltipla e a importância de fatores relacionados não só ao agente causador, mas ao meio ambiente e ao hospedeiro. A doença passa a ser vista não mais como algo estático, mas como um processo dinâmico e de causas múltiplas. Aparecem os modelos psicossociais de Saúde, que dão ênfase aos fatores mente, corpo e sociedade.

Surge, então, o movimento pela Psiquiatria Social. Este movimento teve seu auge na Psiqui

atria Brasileira, nas décadas de 70, início de 80. Nossa participação, neste movimento a nível da Enfermagem se deu enquanto docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas no programa de Saúde Mental, como membro integrante de uma equipe multiprofissional responsável pela coordenação e execução de um projeto de assistência comunitária, desenvolvido em Convênio com a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Trazíamos a experiência adquirida pelo privilégio de termos trabalhado, durante 4 anos (1970-1974) como Enfermeira-chefe de um Hospital-Dia, membro de uma equipe multiprofissional de formação Psicodinâmica, Psicoanalítica e Psicodramática em uma "Comunidade Terapêutica". (inspirada no modelo idealizado por Marwel Jones, por volta de 1955).

Desta experiência, adquirimos a percepção mais aguda dos efeitos nocivos que decorriam de se oferecer aos doentes mentais, apenas, custódia hospitalar. Tornou-se consciente o fato de que o ambiente social pode, de fato, contribuir para a terapia, auxiliando ou prejudicando a recuperação do doente mental.

Entendeu-se, a partir daí, que na procura de maneiras para estabelecer o seu equilíbrio interno, ameaçado por situações conflituosas, o ser humano, sofre transitoriamente uma desintegração do ego. Po

rêm, certas partes de sua personalidade permanecem intactas. O paciente é um elemento integrante de uma família, membro de uma sociedade, na qual, tem uma série de papéis a serem desempenhados. No tratamento, torna-se participante ativo do processo de sua própria cura.

O movimento pela saúde mental toma vulto com as ações da Psiquiatria Preventiva em seus três níveis. Prevenção Primária (reduzir a frequência de transtornos mentais na comunidade tendo como prioridades a promoção da saúde e prevenção das doenças mentais); a Prevenção Secundária (reduzir a duração de números significativos de transtornos manifestados, visando o diagnóstico precoce e o tratamento efetivo); e a Prevenção Terciária (reduzir a deterioração que pode resultar de transtornos mentais, cujo enfoque centraliza-se na recuperação e reabilitação dos doentes mentais).

A Psiquiatria comunitária instala-se como uma etapa evolutiva da psiquiatria, na qual, a promoção da saúde, prevenção e reabilitação do doente mental se aplicam a toda população.

A busca de alternativas de enfoque preventivo e comunitário, emergiu na psiquiatria, sobretudo, pela crescente insatisfação com as atividades tradicionais de atenção psiquiátrica; métodos de hospitalização crônico, que fomentam o institucionalis-

mo<sup>a</sup>, também chamado hospitalismo; ocorrência da "Neurose Institucional"<sup>b</sup> ou "deterioração Psiquiátrica e Social" e discriminação ao acesso de oportunidades para o tratamento do transtorno mental.

Esta etapa se caracterizou por esforços dirigidos à melhoria das instituições hospitalares e a diminuição das internações, ao mesmo tempo em que se promovia as atividades ambulatoriais. A ênfase centrava-se na assistência extra-hospitalar.

Malgrado, esforços, a maioria dos hospitais psiquiátricos permanecem retrógrados, mantendo-se anacrônicos até os nossos dias, oferecendo, ainda, assistência tipo custodial não desempenhando suas reais funções, terapêuticas.

Os fatores que parecem contribuir para que o hospital psiquiátrico não cumpra suas reais finalidades, podem ser resumidos em:

- 
- a) Institucionalismo é um fenômeno patogênico identificado e definido como uma síndrome que se desenvolve no ambiente institucional e que limita a capacidade do indivíduo para viver fora do hospital. Não se trata pois, de institucionalizar, ou seja, a adaptação do paciente às regras e normas de vida dentro do hospital, mas a amputação psicológica e funcional que a vida do hospital causa ao indivíduo (NEGRETE<sup>28</sup>).
  - b) Neurose institucional é a perda de interesse especialmente pelos assuntos de natureza impessoal, submissão, visível inabilidade para fazer planos para o futuro, falta de individualidade e algumas vezes postura e marcha característica (BARTON<sup>3</sup>).

- 1) Número reduzido de recursos humanos;
- 2) O despreparo do pessoal disponível;
- 3) Desinteresse por parte de administradores;
- 4) Superpopulação dos hospitais psiquiátricos, esta última, com sérias consequências de natureza iatrogênica.

Estudos realizados, relacionando espaço e superpopulação com comportamento humano, revelam uma crescente preocupação com a perda da identidade que o indivíduo sofre, quando é obrigado a conviver com um número excessivo de outros indivíduos, ou quando não há condições de preservação do espaço pessoal. Estes trabalhos evidenciam, que nestes casos a identidade própria e as relações saudáveis tendem a se deteriorar. Segundo THENS<sup>38</sup>, existe uma relação direta entre alta densidade demográfica e a agressividade, inimizade e violência entre os seres humanos. A superpopulação acarreta problemas de espaço pessoal, contaminação e deterioração do Eu<sup>c</sup>.

A Antropologia Social, também, tem demonstrado a influência do meio sobre tipos de comportamentos patológicos. Toda concentração do ser humano, em

---

c) A contaminação e deterioração do Eu, acontece em consequência das várias e constantes agressões que o indivíduo sofre, sem condições de defesa, em instituições fechadas e superlotadas.



uma instituição, é acompanhada de comportamentos de apatia, inibição, ausência de iniciativa, desaparecimento de senso de responsabilidade e dependência em relação à instituição tão presentes em nossos pacientes.

O leitor há de convir, que dificilmente se poderia estabelecer com certeza o que é um sintoma da doença e o que é sintoma de Neurose Institucional ou consequência do hospitalismo.

BARTON<sup>3</sup>, escrevendo sobre a esquizofrenia, assevera, que após quatro anos de permanência nos hospitais psiquiátricos a maioria dos pacientes começa a sofrer de duas doenças:

- 1) Esquizofrenia;
- 2) Neurose Institucional ou hospitalismo.

O "asilo de loucos" já provou seu caráter antiterapêutico iatrogênico, não foi uma técnica ou instrumento que se provou ineficaz, mas todo o conjunto da organização hospitalar. Enquanto instituição, não permitiu compreender muita coisa acerca do doente mental e de sua doença.

O leitor, certamente, será capaz de avaliar conosco a dura realidade do ser pesquisador em enfermagem psiquiátrica e o que significa todas estas variáveis e nuances para o desenvolvimento das investigações nesta área. Uma coisa, porém, é certa, o campo é i

menso, ainda muito pouco explorado e apesar de árido, sempre nos foi muito atraente.

O novo enfoque dado pela Psiquiatria Preventiva e Comunitária, compreendia o paciente não apenas com base em sua dinâmica intra-psíquica, mas como membro ativo de uma comunidade, influenciando-a e sendo influenciada por ela.

A evolução da enfermagem psiquiátrica se deu a tal ponto a nos surpreender quanto as possibilidades de atuação deste profissional, sobretudo na área da Saúde Mental. As atividades, antes restritas ao cuidado aos pacientes durante as enfermidades, passou a abranger níveis como a promoção da saúde, a prevenção das doenças e a reabilitação do doente mental. Suas ações, antes focalizada no indivíduo, se estendeu à família e à comunidade, como tal, passou a considerar o homem como ser total em interação consigo mesmo e seu ambiente. No entanto, o problema central da Enfermagem Psiquiátrica continuava acompanhando-a: em primeiro lugar pela persistente tendência em se estabelecer analogias com a Medicina Clínica, e em segundo lugar o desprestígio de ambas, Psiquiatria e Enfermagem Psiquiátrica alegado pela falta de confiabilidade Científica de seus resultados, sobretudo no que se refere à questão da etiologia da doença mental.

A pergunta central desde da origem da Psiquiatria continuou sendo a mesma: Quem é o doente mental ? Esta pergunta tem se revelado desesperadoramente difícil de ser respondida. Não há opinião consensual sobre o assunto, a despeito da volumosa literatura existente e evolução conseguida.

Esta evolução psiquiátrica, um tanto desordenada, favoreceu o estabelecimento e identificação do que se convencionou como medicalização da medicina e hospitalização da Psiquiatria.

O conceito de medicalização foi introduzido no Brasil por ILLICH<sup>13</sup>, em 1975, que o utilizou para descrever a invasão da medicina de um número cada vez maior de áreas da vida individual: "cada etapa da vida humana — desde os recém-nascidos, as crianças, as mulheres grávidas, até os que estão no climatério e os que chegaram a velhice — é hoje objeto de cuidados médicos específicos, independentemente de haver ou não sintomas morbidos; outras condições que levam atualmente os indivíduos a receberem atenção médica, seriam a depressão, a esterilidade, o alcoolismo, o homossexualismo e a obesidade". Acrescentaríamos ainda todos os grupos de riscos; adolescentes em crise, viúvas, mães solteiras, pais de crianças com retardos, desquitados, aposentados (desempregados) e outros; finalmente, a manuten-

ção da saúde, em plano individual, também passou a ser campo de atividade médica, exames periódicos (Check-ups) destinados a permitir o diagnóstico precoce de doenças, sobretudo incuráveis.

A crítica de ILLICH<sup>13</sup>, dirigida a medicalização é que do ponto de vista do bem-estar individual, ela é inútil, custosa e, na maioria das vezes prejudicial.

Em psiquiatria a medicalização já era termo consagrado por SZASZ<sup>38</sup>, sob a denominação de psiquiatria. Identificava este autor, a partir deste fenômeno, a ideologia dominante do Sistema de Saúde voltada para a normatização e controle do comportamento social, em países capitalistas, que induzem as populações à crença na possibilidade ilimitada da Ciência Médica e na solução técnica de todos os problemas da vida. Em troca de curas sintomáticas e soluções paliativas para alivio de tensões, abrandamento de conflitos e impedimento de tomada de consciência das injustiças sociais, garantem produtividade e a manutenção do "status quo". Assim, o público passa a se convencer que o pleno bem-estar pode ser alcançado no plano individual, desde que, cada aspecto da vida seja cientificamente regulado, cabendo esta missão aos profissionais especializados e a responsabilidade única do Estado. Assim, o Estado acolhe e de-

termina onde e quem vai oferecer atendimento, negando ao indivíduo a opção de escolha.

Com isto, a demanda dos serviços de Saúde Mental aumentou consideravelmente a ponto de se perguntar: aumentaram as perturbações mentais ou promoveu-se a medicalização ?

Qual a incidência das doenças mentais nos vários países do mundo ocidental ? É espantosa a inexistência de dados que permitam responder a esta pergunta. O que se supõe, neste caso, é que a "real" incidência é, e, sempre foi bem maior que a diagnosticada a partir das notificações e que a demanda reprimida (composta por doentes sem acesso aos serviços de Saúde) vem à tona quando a oferta dos serviços aumenta.

Boa parte da controvérsia centra-se ainda na noção de doença. Sempre houve indivíduos na Sociedade, cujo comportamento parecia estranho, incomum ou bizarro aos olhos de seus semelhantes e que eram por estes chamados "Loucos", "Doidos", "Birutas", ou uma variedade de termos similares; seriam eles "doentes", no mesmo sentido em que é doente alguém que sofra de pneumonia, cardiopatia ou artrite ?

Um crítico desta temática, fartamente lido e seriamente contestado, THOMAS SZASZ<sup>38</sup>, autor de inúmeras obras entre elas o "Mito da Doença Mental" e

a "Fabricação da Loucura", argumenta que os vários esta  
dos a que os psiquiatras ocidentais atualmente chamam de  
doença mental não constituem "doenças", no mesmo sentido  
da doença física. Sustenta que, no caso da doença físi  
ca, é possível afirmar, em termos de anatomia e fisiolo  
gia, como funciona o organismo humano quando sadio e de  
monstrar a doença como um desvio desse funcionamento nor  
mal. Por exemplo, é possível declarar, em termos fisio-  
lógicos, de que modo trabalha o aparelho respiratório sa  
dio e demonstrar o que está errado no caso do mal funcio-  
namento. Portanto, os médicos que se ocupam das doenças  
físicas lidam com categorias biológicas isenta de valor:  
um osso fraturado é um osso fraturado em qualquer lugar.

Inversamente, quando se trata do que  
é genericamente denominado "doença mental", SZASZ<sup>38</sup>, sus  
tenta que não é possível afirmar, em termos de anatomia  
e fisiologia, de que modo funciona a mente quando é "nor  
mal", nem tampouco, demonstrar o que há de errado nos ca  
sos de aparente disfunção. É possível, tão-somente, in  
dicar o modo como uma pessoa se comporta ou age, parecen  
do anormal a si mesma ou a seus semelhantes, e esta de  
claração envolve juízo de valor — social e ético.

O fato é que, nem a Neurologia nem a  
Psicologia puderam oferecer à Psiquiatria, o que a Fisio  
logia deu à Medicina: o instrumento de análise que, de

limitando o distúrbio permitisse encarar a relação funcional deste dano, ao conjunto da personalidade.

O que é Saúde Mental e o que é Doença Mental ? Afirmar que alguém é doente mental é vincular significados sociais complexos, atos e comportamentos que, em outras sociedades ou mesmo em contingências diferentes desta mesma sociedade, poderiam ser interpretados à luz de conceitos muito diferentes.

Definir Saúde Mental é um empreendimento complexo e arriscado, na medida em que, envolvendo conceitos de normalidade psicológica, está submetido a julgamento de valores, determinados frequentemente por normas, regras e padrões de comportamento de dada sociedade, num determinado momento. Portanto, a doença mental está sujeita a definições culturais, podendo mesmo ser considerada como perfeitamente desejável por um determinado grupo cultural. A esse respeito KLINEMBERG<sup>18</sup> dá o seguinte exemplo: "Um homem manifestamente homossexual pode ser criticado em uma dada Sociedade, mas pode ter uma carreira ilustre, como líder religioso na Sibéria e entre alguns índios Norte-americanos.

Existe, em psiquiatria, um quadro patológico classificado como Paranóia, caracterizado pela presença de um sistema ilusório que domina por completo a mente do paciente. Nos casos típicos há, segundo a

descrição do quadro, uma combinação de idéias de grandeza, idéias de perseguição e idéias de referências. Pois bem, os índios Americanos da Colômbia Britânica ilustram uma forma nítida deste comportamento. Seus chefes, frequentemente, referem-se a si próprios em termos Grandiloqüentes, os quais em nossa sociedade só seriam ouvidos numa instituição de assistência a psicopatas.

A Saúde, como conceito que compreende a situação vital de indivíduos ou de coletividades, ultrapassa o conceito de medicalização preventiva ou curativa e inclui a condição de vida global em uma sociedade.

A linguagem psiquiátrica retém conhecimentos de caráter ético e moral do desenvolvimento humano e da existência social, carecendo do esforço por parte dos profissionais da área, no esclarecimento à população sobre o que há de real a respeito da saúde e da doença mental. O clima de mistério que envolve os que lidam com a mente humana, e que aos olhos do leigo tem domínio absoluto de conhecimento sobre o insondável mundo "dos loucos", subverte e encobre a relativa inocência política em que ficou protegida a psiquiatria, garantida que foi por uma "cientificidade" que a "desloca" para o plano de um saber desinteressado e apolítico.

A psiquiatria contemporânea obscure



ce e nega os dilemas éticos da vida, transformando-os em técnicos, susceptíveis todos de soluções profissionais.

Em outras palavras, na procura de a lívio para a carga de suas responsabilidades existenci ais, o homem mistifica a psiquiatria e torna técnicos seus problemas à medida em que é levado a acreditar serem todos eles passíveis de soluções médicas.

Quanto a tendência a classificar o ser humano de acordo com valores, crenças, sintomas e comportamentos diversos, somos alertados por SZASZ<sup>38</sup>, quando lembra ser o homem o único animal que classifica. Este autor, adverte para o fato de vivermos numa era científica, na qual, depositamos fé ilimitada nos métodos das Ciências Físicas. Apoiado nesta certeza o homem ex trapola esse conhecimento e da mesma forma que classifi ca comportamentos de estrelas e animais, também o faz com pessoas. O conceito de doenças, como entidade bem definida, levou a uma classificação das doenças que adotou como modelo a Taxonomia de plantas e animais. Esta relação, no entanto, não pode ser admissível na medida em que a Ciência Física é patentemente diversa da Ciê ncia do Comportamento, negligenciando diferenças entre as pessoas e coisas e os efeitos da linguagem em cada uma delas.

Segundo BARRETO<sup>2</sup>, as designações uti

lizadas para classificar as doenças mentais são puramente descritivas e não abrangem, de modo algum, explicações etiológicas, constituindo-se apenas em rótulos. Ao ser rotulado, o louco se vê encerrado num prognóstico de onde lhe será quase impossível escapar.

Quantas pessoas estariam sãs se não tivessem sido rotuladas e internadas em hospital psiquiátrico? O próprio hospital, em sua grande maioria, impõe um contexto favoravelmente iatrogênico, no qual os significados dos comportamentos podem ser facilmente interpretados. Quantas pessoas foram irremediavelmente despidas de seus privilégios de cidadania, em consequência de procedimentos diagnósticos errôneos e condutas precipitadas de internação.

O procedimento diagnóstico em psiquiatria segundo ROSENHAN<sup>33</sup> é perigoso não só pela tendência em evidenciar doença onde elas muitas vezes não existem, como também pelo rótulo de esquizofrênico, por exemplo, que uma vez imprimido ao paciente influi profundamente nas interpretações subsequentes de seus gestos e atos. Esta afirmação é fundamentada por pesquisa realizada pelo autor, supra citado, publicada com o título "On being sane insane places" durante a qual foram internados oito pseudopacientes, num hospital psiquiátrico, simulando patologias diversas, pessoas cujas vidas e com-

portamentos certamente nada tinham de patológicos. O resultado foi que todos, com uma única exceção, foram diagnosticados como esquizofrênicos e somente liberados após o período de uma semana a dois meses em média, de permanência no hospital, tendo sido registrado em seus prontuários como justificativas para alta "*esquizofrênicos em estado de melhora temporária*".

ROSENHAN<sup>33</sup>, evidencia ainda neste trabalho a influência das observações e registros realizados pelo pessoal de enfermagem no reforço e confirmação destes diagnósticos.

Segundo VIETTA e LUIS<sup>42</sup>, além do problema focalizado por ROSENHAN, no Brasil acresce-se o fato do pessoal responsável pelo cuidado direto ao paciente ser, geralmente, constituído de pessoas leigas, na sua maioria insatisfeitas com o trabalho, com baixa escolaridade, pessimamente remuneradas, geralmente advindas de condições sócio-econômicas e sanitárias, muito semelhantes às condições dos pacientes, fatores estes, muitas vezes, responsáveis pela má qualidade de assistência oferecida ao doente mental. Estes ocupacionais são introduzidos nas atividades sem nenhum preparo prévio, geralmente aproveitados de outros setores como: limpeza, rouparia, cozinha e outros. Estes fatores concorrem certamente para um desgaste emocional muito grande, uma pro

vável diminuição do nível de tolerâncias a tensões. Sem terem como e onde extravasarem suas emoções, estes ocupacionais descarregam-nas nos pacientes ou recorrem a outros mecanismos de defesa, prevaricando em suas funções. Embora, os ocupacionais estejam subordinados a enfermeiros, nem sempre, buscam a supervisão ou orientação destes.

No que concerne ao nível teórico formal, a tecnologia do hospital psiquiátrico, deveria estar pelo menos fundamentada no saber e fazer psiquiátrico que se inscreve, dentro do modelo médico e sua utilização deveria ter como meta o restabelecimento da Saúde, no entanto, a maioria de nossas instituições exibem características predominantemente Custódias.

Segundo PARSONS<sup>32</sup>, *"a responsabilidade Custodial se resume em "suprir" as necessidades dos indivíduos em seu estado de doença mais do que em um estado inicial pré-patológico ou um hipotético estado de recuperação"*.

A medida em que as instituições psiquiátricas tem caráter marcadamente custodial, ou atuam sobre os sintomas que os pacientes apresentam para recolocá-los numa situação de controle, fazem uso de tecnologias simplistas, as quais, têm acesso o pessoal situado nas bases periféricas da organização hospitalar, que

capazes de manejar estas tecnologias e de posse de informações de como fazê-lo, dentro de certas magens de segurança, detêm considerável poder de arbítrio sob a assistência do doente mental, apesar de situados em posição inferior da escala de poder formal. O problema maior é que estes ocupacionais acabam por ter influências significativas nas condutas dos demais membros da equipe. FRAGA<sup>8</sup>, expondo suas observações, afirma que as decisões dos componentes da equipe psiquiátrica, quanto à assistência a ser prestada ao paciente internado, parecem concordar com frequência, com o parecer contido nas informações fornecidas pelo pessoal de enfermagem. Esta mesma autora, afirma haver constatado uma certa tendência de se ver enfatizado aspectos considerados inadequados e comportamentos definidos como sintomas mórbidos, quando, muitas vezes, corresponderiam numa análise mais profunda a reações normais, relegando a um plano inferior os aspectos sadios e outros que evidenciam melhoria no estado evolutivo do paciente.

Uma das possíveis características que certamente, afetam a qualidade das observações dos ocupacionais em relação ao comportamento dos doentes mentais é a descrença que estes nutrem na cura dos pacientes. Como são extremamente céticos quanto a possibilidade de que eles se curem, é de se supor que tal disposição re

fletirá nas relações que vão entabular com os pacientes e o cuidado que irão oferecer-lhes. É provável, ainda, que investirão menor empenho em sua recuperação, visto que, de antemão, sentem os esforços malogrados (MOREIRA)<sup>26</sup>.

Esta temática nos levou a investigação cujos resultados foram publicados no artigo.

VIETTA, E.P.; BUENO, S.M.V. Condutas e recursos utilizados pelos ocupacionais de enfermagem psiquiátrica em situações de emergência: contribuição ao estudo da interferência deste ocupacionais nas condutas terapêuticas. Trabalho apresentado na 40ª Reunião Anual da SBPC. Vol.40, nº 7, ISSN.0102-2474 24-A.4. Enf. p.37, 1988.

Estes aspectos são enfocados neste relato, a fim de evidenciarmos as dificuldades e entraves que qualquer pesquisador da área, certamente enfrentará ao investigar qualquer uma dessas problemáticas, dada a especificidade dos fenômenos apresentados, sobretudo, o da falta de critérios objetivos do diagnóstico psiquiátrico.

COOPER<sup>6</sup>, considera indispensável, antes de tentar compreender o que se passa com os doentes, saber o que se passa com os incumbidos de lhes prestar

assistência, liberando-os de preconceitos e outros graves que incidem forçosamente sobre atitudes e condutas em relação aos doentes mentais.

Uma coisa é rotular, outra é ser rotulado. É importante que aquele que classifica o outro possa sentir em si mesmo os efeitos e o incômodo de ser classificado. Foi com este objetivo que em 1986, realizamos uma pesquisa intitulada: "Problemas existenciais versus problemas psicopatológicos" para o qual foi elaborado um instrumento a fim de investigar junto aos profissionais da Saúde suas opiniões sobre sintomas indicativos de doença mental. Aos sujeitos foi apresentada uma lista de sintomas e questões para que cada um identificasse dentre elas quais haviam experienciado e com que intensidade. Após o que se indagava quais delas os sujeitos consideravam normais e quais indicativas de doença mental. Os resultados evidenciaram que a grande maioria dos sujeitos estudados admitiu ter vivenciado alguns dos sintomas listados com indicação geral para maioria dos sintomas, considerando-os normais embora vivenciados com alguma intensidade, dentre eles: ansiedade, desânimo, depressão, sentimento de inferioridade, angústia, agressividade, insônia, agitação e apatia. Não obstante, enquadraram-se todos como indivíduos normais. Torna-se difícil confirmar a consistência de tal classificação uma

vez que os próprios indivíduos se classificaram, constando-se segundo verbalização dos próprios sujeitos, terem sido eles, neste caso, mais condescendentes que criteriosos. A presente pesquisa foi classificada em 1º lugar — como o melhor trabalho científico apresentado no XXXVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem em 1986 — no Rio de Janeiro, fazendo jus ao Prêmio-Wanda Horta.

VIETTA, E.P.; BUENO, S.M. Sintomas existenciais versus sintomas psicopatológicos, um problema de rotulagem psiquiátrica: inquérito sobre a vivência de profissionais de saúde mental. REV.BRAS.ENF., Brasília,40(1) jan/fev/mar, 1987, 53-59.

De modo geral, e de acordo com a sintomatologia reativa exibida pelos pacientes, as doenças mentais são categorizadas em dois grandes grupos. O grupo das psicoses, em que os pacientes se alienam da realidade, e o segundo, constituído pelas neuroses, em que não há alienação mas alterações psicoafetivas de intensidade variável, capazes de perturbar o comportamento por angústia, fobias, quadros obsessivos etc. Além desses dois grandes grupos de enfermidades mentais, convencionou-se ainda incluir um elenco de distúrbios menores de caráter benigno, geralmente rotulados, como "desajustamentos a-



daptativos". Difícil será não se enquadrar em nenhum deles, quando a própria "negação" ou "resistência" em admiti-los poderá, por si, constituir-se em suspeita diagnóstica. Uma das premissas é que o paciente psicótico sempre nega estar doente recusando-se a ser tratado. Desse modo, não será tão difícil de se obter as credenciais de ser humano perturbado.

Isto significa, de forma irônica, que os critérios de ordenação em psiquiatria são de tal natureza, que todo mundo pode ser enquadrado em alguma de suas categorias e que a maioria das pessoas cabe em várias delas, ao mesmo tempo.

A classificação psiquiátrica é, portanto, um procedimento taxonômico de grande poder de influência enquanto procedimento, que atribui uma qualidade às pessoas. Revela ser uma estratégia cheia de ciladas ocultas, especialmente, quando esta constitui-se em atributo estigmatizante.

Há, até por parte de alguns autores da corrente da antipsiquiatria, aqueles que satirizam os procedimentos psiquiátricos apelando para o exagero a fim de ilustrarem o esforço empreendido pelos terapeutas, na incrível tarefa do enquadramento nosográfico. Um desses exemplos é WALKENSTEIN<sup>43</sup>, que nos conta a lenda antiga de um homem rico e poderoso, obsequioso e cortez,

dado a convidar estranhos para seu palácio, onde oferecia-lhes vinhos, e iguarias requintadas e um leito suntuoso para o repouso. O único problema que se apresentava para o convidado, era que ele tinha de encaixar-se perfeitamente ao leito. Caso houvesse a menor discrepância entre o tamanho do convidado e o leito, suas pernas seriam cortadas; caso contrário, seriam esticadas, provavelmente por um processo de tortura, até que se ajustassem às proporções devidas. Neste procedimento o incauto quase sempre morria. Somente aqueles raros convidados, cujas proporções coincidiam com as da cama, tinham suas vidas poupadas. Este homem era conhecido, na antiga Grécia, com o nome de Procusto. Hoje, segundo a visão do autor, ele seria denominado Psiquiatra, e o tal leito de repouso nada mais seria que o diagnóstico psiquiátrico.

O diagnóstico psiquiátrico é notório por sua falta de critérios objetivos. Dado que o comportamento do paciente, em face do psiquiatra, é parte integrante do quadro clínico em que o diagnóstico se baseia, e como esse comportamento é influenciado pela personalidade, atitudes e expectativas do médico, o diagnóstico será necessariamente subjetivo. Assim, o ideal de uma classificação precisa, de "doença mental", continua sendo predominantemente ilusória (CAPRA<sup>5</sup>).

Seria totalmente errôneo e até mesmo

ingênuo de nossa parte negar qualquer valor ao procedimento diagnóstico psiquiátrico: uma coisa é observar que o paciente no decorrer de uma terapêutica, revela traços obsessivos ou uma tendência à desconfiança ou a depressão; outra é, numa situação de psiquiatria institucional, designá-lo como esquizofrênico ou histérico. No primeiro caso, o objetivo visa propiciar a compreensão e o significado do sintoma ou comportamento do paciente; no segundo, o procedimento é utilizado como recurso semântico. Neste último, o ato nosográfico costuma não ter nenhuma utilidade prática.

Para efeito de investigação, a "cientificidade das classificações contemporâneas" é até certo ponto um recurso desejável. Delimita os fenômenos mentais, criando "condições" para se intervir de forma sistemática sobre eles.

Grande tem sido nossa luta, no sentido de contribuir para o esclarecimento da importância da detecção precoce dos distúrbios mentais, bem como, para o alerta sobre os perigos dos rótulos psiquiátricos e dos prejuízos do hospitalismo em psiquiatria, sobretudo, dos pacientes jovens. Nossa preocupação advém, principalmente, do fato de se constatar a presença de um contingente considerável de pacientes jovens internados em hospitais psiquiátricos, muitos deles ainda adolescen-

tes em fase de crise evolutiva, cujas internações bem poderiam em muitos casos, terem sido evitadas. Com base nesta reflexão temos desenvolvido pesquisas entre elas, citamos:

VIETTA, E.P.; BUENO, S.M.V. Estudos das causas prováveis de internação de pacientes jovens em Hospitais Psiquiátricos. Trabalho apresentado na 40ª REUNIÃO ANUAL DA SBPC, vol.40 nº 7, ISSN, 0102.2474.60-A.4. Enfermagem p.47.

O problema dos rótulos psiquiátricos tem merecido de nossa parte uma atenção especial tanto a nível do ensino quanto das pesquisas. Temos procurado enfocá-lo em todos os cursos, por nós ministrados, particularmente, quando falamos sobre os diagnósticos psiquiátricos.

Nossas investigações têm se pautado no enfoque em contribuir de fato para a melhoria da qualidade de assistência ao doente mental, seja através de denúncias contra arbitrariedades e má qualidade de atendimento prestado ao doente mental, seja pela divulgação à imprensa, dos resultados de investigações realizadas, seja ainda na operacionalização das propostas sugeridas e particularmente, na transmissão de conhecimentos novos

adquiridos com vistas à formação de recursos humanos para a área.

Destacamos aqui a publicação de dois artigos de divulgação sobre a temática em questão, a saber:

VIETTA, E.P. O hospital psiquiátrico e a má qualidade de assistência. Jornal "O ESTADO DE SÃO PAULO", Medicina, domingo, 17 de julho de 1988, p.49.

VIETTA, E.P. A doença mental e os rótulos psiquiátricos, jornal "O ESTADO DE SÃO PAULO", Medicina, domingo, 21 de maio de 1989, p.38.

É nosso entender que transcender o Modelo Médico de inspiração Cartesiana em Psiquiatria é um importante movimento de revolução. Tal ideologia, certamente, reverterá em grandes avanços na compreensão da Saúde e da doença mental, com grande repercussão para o desenvolvimento futuro da Enfermagem Psiquiátrica.

Entende-se que a dificuldade enfrentada, no momento, por todos aqueles que procuram sair do positivismo e do mecanicismo da física clássica, vai gerar uma Psicologia nova, essencialmente humana (MARTINS & BICUDO)<sup>23</sup>.

Este novo alento tem buscado suporte

num movimento denominado holístico, de influência oriental, revelado pela concepção de Universo, não como uma máquina composta por uma profusão de objetos distintos, mas como um todo harmonioso e indivisível, uma teia de relações dinâmicas que incluem o observador humano e sua consciência de modo essencial. Na concepção teórica holística *o homem é um todo* levando necessariamente a um enfoque humanista e portanto a uma maior humanização da pessoa. Cada resposta do organismo envolve todos os recursos da pessoa, o todo do indivíduo reflete-se em cada aspecto do ser, na saúde e na doença.

É sabido que a enfermagem visa, desde sua origem, ministrar os cuidados indispensáveis aos enfermos, bem como a promoção da saúde das pessoas. A tendência atual da enfermagem é a de considerar o homem em seu todo, holisticamente, e não mais isoladamente e em partes. A enfermagem quer, pois, superar os dualismos clássicos, oriundos da visão naturalista do homem e do método experimental, a saber, dualismo mente e corpo, indivíduo e sociedade, pessoa e enfermo, relacionamento pessoal e impessoal.

De uma perspectiva holística de saúde, a doença mental pode ser vista como resultante de uma falha na avaliação e integração da experiência. A terepêutica psiquiátrica, precisa compreender a existência

em sua totalidade, e cessar de uma vez por todas com a fragmentação e coisificação impostas ao homem.

A libertação psicoterápica, deve levar o paciente ao reencontro de sua dignidade existencial e, jamais à categorização, que na grande maioria das vezes antagonizam-se, inclusive, com a própria realidade do fenômeno existência.

Os enfermeiros psiquiátricos, a exemplo de outros das demais áreas, tem ratificado a importância da abordagem holística nos cuidados de enfermagem dirigida ao atendimento da Saúde Mental, vindo ao encontro da concepção que se tem da saúde mental enquanto parte da saúde integral. A utilização do enfoque holístico pelos enfermeiros os têm colocado segundo (CAPRA)<sup>5</sup> numa posição de vanguarda do movimento holístico da Saúde, possibilitando o resgate de parte do seu papel, o qual, fora atropelado e desfigurado pela crença excessiva na tecnologia.

A assistência de enfermagem, pautada numa abordagem holística, é colocada grande ênfase na responsabilidade do indivíduo para com o seu estado de saúde. Vista, através dessa perspectiva, conclui-se que o "Locus" de controle sobre a saúde de alguém está dentro dela mesma.

Nossa ânsia, por aprimoramento e evo

lução neste projeto, passou a configurar-se pela busca inefável de solidificação da visão abrangente da totalidade, firmando-se cada reforço em depoimentos magistrais, culminando com o impacto da afirmação de R. LAING<sup>22</sup>... "Perderam-se a visão, o som, o gosto, o tato e o olfato, e com eles foram-se também a sensibilidade estética e ética, os valores, motivos, interações, a alma, a consciência, o espírito. A experiência, como tal, foi expulsa do domínio do discurso científico. Nada mudou mais o nosso mundo nos últimos quatrocentos anos do que a obsessão dos cientistas pela medição e pela quantificação".

No bojo destas reflexões, fomos direcionando nossos questionamentos, firmando nossas convicções e responsabilidades em árida região de inquérito, enquanto enfermeira psiquiátrica, docente-pesquisadora.

O questionamento paralelo das precárias situações de saúde, de amplos contingentes da população, das instituições de saúde, das políticas de saúde, foi acompanhada pelo próprio questionamento das abordagens teóricas utilizadas.

Esta experiência, confirmou-nos ainda a necessidade de reflexões relativas aos pressupostos filosóficos e metodológicos relacionados com esse conhecimento em formação.

É provável, que um dos motivos inter



nos à enfermagem, na origem do questionamento do paradigma biológico, encontra-se principalmente na dificuldade em gerar novos conhecimentos e modelos diferentes que permitam a compreensão e solução dos principais problemas de saúde.

Constata-se pela literatura especializada, ter origem com FLORENCE NIGHTINGALE, a crença de que a natureza da enfermagem como profissão, requer um conhecimento distinto do conhecimento médico.

A formação do corpo de conhecimento de uma profissão, resulta da ordenação e organização dos eventos e fenômenos que a preocupam, da formulação de postulados, proposições e princípios, constituindo-se em modelos conceituais e teorias que fundamentam a prática, e o desenvolvimento da profissão como Ciência.

O elo, teoria-prática-pesquisa, se consolida na definição do marco Teórico ou Conceitual. Este, ao mesmo tempo que direciona a prática, proporciona fundamentação para a pesquisa, que por sua vez, aprimora ou refuta a teoria, fundamentando cada vez mais a prática (NEVES)<sup>29</sup>.

No intuito de superar o modelo médico, a enfermagem vem buscando desenvolver Marcos Conceituais e modelo teóricos, que satisfaçam os anseios da enfermagem Moderna com vistas ao desenvolvimento de um cor

po de conhecimentos específicos, traduzidos pelas Teorias de Enfermagem. Segundo NOGUEIRA<sup>30</sup>, nota-se, neste processo, algo comum a todas as teorias -- a revelação de certa predominância da abordagem holística.

Dentro da concepção holística de saúde, um princípio central é o de que o indivíduo é responsável pela sua própria saúde. Auto-responsabilidade, implica em que as pessoas tenham capacidade para determinar seu próprio potencial de saúde e desenvolvê-lo em favor do seu bem estar. A responsabilidade, também, implica as relações com o meio ambiente em redor e as relações com os profissionais da saúde. O profissional de saúde e o cliente passam a ser, co-participantes ativos e comprometidos no processo de resolutividades dos problemas saúde-doença.

Segundo levantamento realizado por SOUZA<sup>37</sup>, nos últimos anos da década de 50, aumentou a consciência da necessidade de se desenvolver um corpo de conhecimento específico e organizado para a enfermagem. É uma fase da busca de identidade da profissão. A partir dos anos 60, deu-se a implantação dos programas de doutorado, os quais, proporcionaram uma maior divulgação e contato com as Teorias de Enfermagem existentes. Cresce as reflexões sobre a questão da natureza da enfermagem e de como desenvolver as Teorias. São publicadas nesta dé

cada as Teorias de: ORLANDO, 1961; WIEDENBACH, 1964; HALL, 1966; HENDERSON, 1966 e LEVINE, 1967. No Brasil, Wanda Horta (1970) é a primeira enfermeira a falar sobre Teorias de Enfermagem e sua importância para o desenvolvimento desta profissão, enquanto ciência aplicada. Sua proposta se fundamenta na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Em 1974 Rosalva Paim, faz sua proposta fundamentada na Teoria dos Sistemas e na Cibernética.

Nossa reflexão sobre a necessidade em se definir a natureza da enfermagem, levou-nos ao estabelecimento da difícil tarefa de identificação do seu objeto de trabalho, enquanto profissão da saúde complementar, e interdependente de outras profissões, porém com certa autonomia a ser delimitada por sua peculiaridade e inerência. Segundo HORTA, "o que caracteriza uma ciência é a indicação clara de seu objeto, sua descrição, explicação e previsão".

O objeto do conhecimento científico não é o ser, porque este é por si próprio inobjetável. O objeto da Ciência é o ente concreto que se revela ao homem; por sua vez, todo ente está no habitáculo do ser. Um único ser, pode ter seu ente concreto como objetos de várias disciplinas científicas. O ser humano, estudado pelas Ciências Hermenêuticas, Ciências Interpretativas, é um exemplo típico. A psicologia, a psiquiatria, a antropologia,

pologia, a medicina, a enfermagem, têm o seu ente próprio, todas elas têm um único habitáculo: o ser humano.

Lembremos que a unidade de cada ciência baseia-se na unidade de seu objeto. A doutrina escolástica sobre a ciência distingue o objeto material, ou seja, o objeto integral, concreto a que se dirige a ciência, e o objeto formal, ou seja, o aspecto peculiar ao qual o todo é considerado. O que caracteriza, portanto, uma ciência é o seu *objeto formal*, ao passo que o mesmo *objeto material*, pode ser comum a várias ciências.

O objeto formal da enfermagem seria, portanto, no enfoque holístico, o cuidado e a preservação da saúde do homem, este homem visto e entendido como ser total (bio-psico-sócio-político e espiritual), tendo como aspecto peculiar o cuidado integral, entendida esta como a essência ou o fim do ato (da enfermagem) enquanto tal. Por conseguinte, o puro ente em si não é objeto, a não ser enquanto cognoscível.

O *objeto formal* seria, pois, a característica peculiar, própria que neste todo se considera, ou sob a qual este todo é considerado. Está exatamente aí a essência da enfermagem, na visão totalizadora do ser com suas ações voltadas para este complexo que é o homem, visando o aspecto específico de sua saúde e bem estar, através de ações organizadas.

Questões maiores, relacionadas à validade de referenciais teóricos, utilizados pela enfermagem levaram-nos a refletir ainda sobre os seguintes as-pectos:

- 1º) A aplicabilidade de referenciais teóricos estrangeiros dentro de uma visão de sociedade, de estrutura e padrões diferentes da nossa;
- 2º) Como adequar uma determinada Teoria, dentro do referencial já delineado, como resultado de todo um processo de experiência vivida, e conhecimentos com base numa determinada visão de realidade-brasileira;
- 3º) A decisão de nos expormos à crítica, pela iniciativa em tentarmos sistematizar nossas idéias, com vistas a proposta de estabelecimento de um Marco Conceitual próprio e específico, para a nossa realidade concreta, apesar de intensamente transformada, dinâmica e em processo de Transição.

Nestes termos, iniciamos nosso preparo para a grande aventura, direcionando nossa Tese de doutoramento para a elaboração do "Marco Conceitual para Prâtica da Enfermagem Social: contribuição para bases de uma Teoria de Enfermagem".

VIETTA, E.P. Marco Conceitual para a Prática da Enfermagem Social: contribuição para bases de uma Teoria de Enfermagem. REV.PAUL.ENF., São Paulo, 6(4): 134-139, out/dez, 1986.

Este trabalho, propiciou-nos a visualização de nossa concepção de Homem, de Mundo e de Universo. Elaborou-se um sistema conceitual, construído dentro de uma Cosmovisão Humanista de concepção não determinista, confirmando nossa tendência para a pesquisa qualitativa, pautada por uma análise compreensiva existencial.

Despojadas de qualquer interesse pessoal, alijadas de qualquer tendenciosidade ideológica, procuramos chegar a formulação do Marco Conceitual para as ações da Enfermagem Social, cujo Sistema Conceitual apresentamos a seguir na seguinte sequência: HOMEM/SOCIEDADE — SAÚDE/DOENÇA — ENFERMAGEM.

## HOMEM/SOCIEDADE

O homem é um ser único, sem precedentes e sem repetição, distinto dos outros animais por sua humanidade (característica que encerra noções de racionalidade; capacidade de modificar e de ser modificado; aptidão de antecipar condutas e de elegê-las; de afetividade consciente e de comunicação, principalmente através da linguagem; é um ser histórico no sentido de que é capaz de sair de si mesmo e contemplar o seu passado e seu presente, influenciando, assim, seu desenvolvimento como pessoa e, em menor extensão, a marcha dos acontecimentos de seu país e na sociedade. Todos os aspectos de sua vida estão estritamente ligados à sua história e às estruturas sociais. É um ser total — biológico, social, econômico, político e espiritual, (aspectos estes que se revelam em todas as situações fisiológicas ou patológicas de sua existência) afetado profundamente pelas condições

em que vive, mas capaz de se fazer a si mesmo, através de escolhas esclarecidas, ou seja, capaz de auto-determinar-se.

A vida em sociedade, aparece aqui, como a condição exclusiva para o desenvolvimento das potencialidades interiores do homem, e para a plena consecução do bem-estar comum da coletividade o que implica, automaticamente, no reconhecimento dos direitos fundamentais da pessoa humana.

Valeria a pena, evidenciarmos no momento em que relatamos esta experiência, nossa consciência de que a presente definição representa, na verdade, dentro do enfoque para o qual evoluímos, um recurso didático sem nenhum valor ontológico, na medida em que reduzindo o homem a um concreto, ou seja, não conseguindo alcançar a natureza essencial do ser o reduz a algo menor do que realmente chega a ser.

Segundo Perls, apud GOMES<sup>11</sup>, as definições teóricas são um "sobreismo", definem o homem, sem participar de sua existência particular, não passível de qualquer padronização. Cria uma pessoa irreal que so existe na fantasia ou como imagem.

É bem verdade, que como resultado de uma visão geral de conhecimento, ela explica o homem, mas o faz à custa de uma desintegração e esmiuçamento que o



diminui em seu ser. Isto porque o homem, a pessoa, não é, propriamente falando, objeto de conhecimento. Segundo MOUNIER<sup>27</sup> "a pessoa, com efeito, sendo a própria presença do homem, sua última característica, não é susceptível de definição". O homem, e tudo que com ele estiver em relação intrínseca, só é atingível mediante uma experiência global, paragnosológica, mais vivencial que teórica, mais intuitiva que dedutiva.

Assinalar e circunscrever mais conscientemente todos os elementos envolvidos na experiência humana é a tarefa a que se deram existencialistas e personalistas. Isto não deprecia o conhecimento científico, aliás importante elemento desta experiência global, mas apenas o integra no conjunto mais vasto e mais significativo da experiência global. Porque toda filosofia que se pretenda absolutizar baseando-se na perfeição de uma teoria epistemológica racionalista, implícita ou explícita, limita-se antecipadamente a uma visão parcial do objeto que visava atingir por inteiro (SEVERINO)<sup>35</sup>.

## SAÚDE/DOENÇA

A Saúde é um direito humano, fundamental, de natureza bio-psico-sócio-político e espiritual, determinado pela biologia, ambiente, estilo de vida, qualidade de vida e internalidade dos indivíduos. É a possibilidade de liberdade de ação e de expressão através da conscientização do homem quanto aos seus direitos e auto-determinação, em direção à conquista de condições dignas de vida (nutrição, condições de trabalho, lazer, etc). É o processo que lhe dá capacidade, não só para sobreviver, mas também para viver de forma plena. É o equilíbrio das relações do homem com o seu meio ambiente externo: social, econômico; e interno; vontade, potencialidades, motivações e internalidade que contribui para o seu bem-estar e desenvolvimento integral; nesse processo o organismo vai se atualizando conjuntamente com o mundo, transformando-o e atribuindo-lhe significados à medida em que ele próprio se transforma. Depende, portanto, de como as pessoas pensam, interagem e participam em seu meio; como se engajam, se alimentam, em que condições moram, se vestem e trabalham, se divertem e existem.

A saúde depende, pois, de duas ordens de fatores: de um lado os fatores das relações do homem

com o meio natural, entendido este último como o meio externo e interno, ou seja, o próprio organismo; o outro, as relações do homem com o meio social, que molda a atitude do indivíduo face aos sinais de alteração orgânica que lhes são dados a perceber. A normalidade deverá ser descrita como a capacidade adaptativa do indivíduo frente às diversas situações de sua vida. Isto, nos leva a adoção de um posicionamento filosófico que estabeleça as dimensões do viver, e que leve em conta o jogo dialético enquanto projeto dinâmico de vida.

A doença resulta, portanto, das contradições internas, do homem consigo mesmo, do homem em relação aos outros homens, e, necessariamente, das contradições entre o indivíduo e o meio social. Haverá doença na medida em que o indivíduo responde inadequadamente à determinação, colocando em risco sua própria sobrevivência.

## ENFERMAGEM

A Enfermagem é definida como a Arte, Ciência e Técnica na elaboração, utilização e síntese de princípios científicos, oriundo das Ciências Biológicas, Sociais e do Comportamento, aplicadas ao cuidado do homem, família e comunidade com vistas à Saúde Integral.

Enquanto Ciência, emerge no cenário das Ciências da Saúde, enquadrando-se no contexto das Ciências Hermenêuticas, constituindo-se em uma Ciência Aplicada.

Ciência que emerge, pois, rompe de seu empirismo construindo pouco a pouco, através de suas pesquisas básicas, aplicadas e experimentais, um corpo de conhecimento próprio ou específico.

Aplicada porque, utilizando-se de conhecimentos das Ciências Biológicas, Sociais e Humanas, estrutura seu substrato, fundamentando seus Marcos Conceituais e Teorias.

Hermenêutica na medida em que a base da compreensão-interpretação e tradução de atitudes e comportamentos, sinais e sintomas, envolvem, de certa forma, a natureza-arte da enfermagem, tornando-os compreensíveis ou levando-os à compreensão de seus significados.

A análise hermenêutica, na enferma-

gem, envolve, sobretudo, a interpretação correta da linguagem da comunicação do corpo ou da expressão do espírito, traduzidas em termos biológicos, fisiológicos, anatômicos, psicológicos, mentais, neurológicos, sociais, e-ventuais e outros (VIETTA)<sup>41</sup>.

Fundamentados, neste esquema conceitual, pudemos apreender princípios que norteiam as ações da Enfermagem Social, indicando-nos o caminho para operacionalização da prática profissional, dentro do referencial humanista, entre os quais destacamos:

- a) As estruturas social, política e econômica influem profundamente sobre o estado de saúde da população. No entanto, o homem não é vítima total e indefesa das circunstâncias, ele é capaz de modificar e influenciar forças dentro e fora de si mesmo e de controlar, *ao menos em parte*, as condições a que está sujeito.

Na realidade, um dos pressupostos básicos em toda terapêutica psiquiátrica, é o de que o paciente, deve, mais cedo ou mais tarde, aceitar a responsabilidade por si mesmo. Por conseguinte, o determinismo pessoal que o excusa da responsabilidade, no final, tornar-se um obstáculo à restauração de sua Saúde Mental.

- b) O enfermeiro, no papel que lhe impõe este referencial (o de agente de mudanças), centraliza

suas ações na saúde, no desenvolvimento das potencialidades do homem, conscientizando-o e estimulando-o para sua auto-determinação e auto-realização em termos de saúde e bem-estar físico, mental e social;

- c) O enfermeiro deve ajudar o homem a acreditar mais em si mesmo, mostrando-lhe, para isto, que dispõe de potencialidades que precisam ser descobertas e exercitadas para obtenção de uma vida plena;

O presente Marco, tem sido utilizado como referencial para estudos sistemáticos em Escolas de Enfermagem do Estado de São Paulo e outros Estados do País, em projetos de reestruturação curricular. Tem sido ainda utilizado como referencial em inúmeros trabalhos de pesquisa.

Neste período, publicamos inúmeros trabalhos tendo como referencial o Marco Conceitual para as ações da Enfermagem Social, alguns deles como membro de comissões, outros, como co-autora, entre os quais citamos:

BUENO, S.M.V.; FREITAS, D.M.V.; VIETTA, E.P. Um estudo analítico sobre reestruturação curricular em enfermagem. REV. ASSOS. BRAS. DE TECNOL. EDUC. ABT. Rio de Ja

neiro V, 16 (78/79): 87-93. set/dez, 1987.

COMISSÃO DE ESTUDOS CURRICULARES DA EERP-USP. Relatório sobre os estudos da Reforma Curricular da EERP-USP Ribeirão Preto. 1986 (Mimeografado).

SUBCOMISSÃO DE CURRÍCULO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM EE-USP. Relatório transcrito dos debates promovidos sobre reorientação curricular, 1986.

BUENO, S.M.V.; VENDRÚSCULO, D.M.F.; VIETTA, E.P. Reflexiones filosóficas y pedagógicas: contribucion para el estudio de la reestructuracion de los currículos de enfermeiria centrados en la propuesta de atencion primária en salud. REV. INV. Y EDUC. EN ENFERMEIRIA. Medellin, V(2). Septiembre, 1987.

VIETTA, E.P.; CARVALHO, E.C. Processo de Comunicação à Luz do Marco Conceitual para a Prática da Enfermagem Social USP/EERP: ANAIS DO 1º SIBRACEM, Ribeirão Preto, 02 a 04 de maio, 1988. 338-349.

VIETTA, E.P. Importância do Marco Referencial e Conceitual dentro de um Modelo de Formação e Prática Profissional. ANAIS DO 1º SEMINÁRIO NACIONAL "O PERFIL E A

COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO". Brasília-DF, 28 de setembro a 02 de outubro de 1987. 183-195. Publicado e divulgado em 1989.

Em continuidade ao nosso trabalho de Doutorado, partimos para a operacionalização do Marco Conceitual para as ações da Enfermagem Social, elaborando um Processo de Enfermagem cujo conteúdo constituiu-se em nossa Tese de Livre Docência.

VIETTA, E.P. Elaboração do Processo de Enfermagem com base no Marco Conceitual para Prática de Enfermagem Social. Tese de Livre Docência defendida na EERP-USP Ribeirão Preto, 1986.

Este trabalho mereceu considerações importantes na obra de DANIEL<sup>6</sup>, intitulada: "Enfermagem: Modelos e processos de trabalho", no qual a citada autora comenta entre outras coisas:

*"Recentemente, VIETTA, 1986, revela, através da apresentação de um Marco Conceitual para a Prática da Enfermagem Social, uma proposta fundamentada em uma teoria de Enfermagem por ela elaborada. Sua proposta mostra um método para realizar o processo da enfermagem. Sobre esta base, a autora desenvolve o relaciona*



mento interpessoal, promovendo uma abertura na troca de experiências com o paciente, valorizando a pessoa em si, num sentido holístico, demonstrando a aceitação e calor humano, e deixando a pessoa à vontade para se expressar e colaborar com seu tratamento.

A observação direta do critério de trabalho desta autora, mostra uma amálgama harmoniosa no uso do enfoque científico, sistematizado, tecnológico, artístico e humanístico, salientando-se, nesse processo de atuação, a presença implícita de qualidades morais como valiosos veículos para operacionalização da relação de a juda na enfermagem".

Nossas reflexões seguiram, além da livre docência, num processo acelerado, fruto de um momento histórico, caracterizado por intensas transformações. Debates acalorados de conotação ideológicas diversas se fizeram presentes nesta etapa, num reavivamento de um pluralismo de correntes filosóficas sobretudo: materialistas, idealistas, fenomenológicas, dos quais participamos como conferencistas e debatedora nas seguintes temáticas:

- . Competência em Enfermagem no Referencial Humanista: 1ª REUNIÃO PLENÁRIA DA SUBCOMISSÃO PARA REFORMULAÇÃO DO CURRÍCULO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM - USP.

Promoção: Comissão de Estudos para Reformulação do currículo da Escola de Enfermagem-USP.

São Paulo - EE-USP - 10 de novembro de 1987.

- . A operacionalização da Prática de Enfermagem segundo o Idealismo articulada às concepções de Sociedade, Homem, Saúde e Enfermagem: IIª REUNIÃO PLENÁRIA DA SUBCOMISSÃO DE ESTUDOS PARA A REFORMULAÇÃO DO CURRÍCULO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM-USP.

Promoção: Comissão de Estudos para reformulação do Currículo da Escola de Enfermagem-USP.

São Paulo - EE-USP - 27 de julho de 1988.

Carecíamos de uma sistematização de nossas idéias e concepção, que nos permitissem uma definição clara de nossa tendência Teórico-filosófica e que nos propiciasse uma postura definida por uma corrente de pensamento.

Confessamos, neste momento, sem qualquer constrangimento, que as transformações que se operavam como fruto de especulações e reflexões teórico-filosóficas, resultantes de nossa incursão por inúmeras leituras, análise e estudos sobre a história do desenvolvimento e evolução do pensamento filosófico, não nos permitiam chegar a uma configuração definitiva de nossas idéi

as. Tal era a velocidade imprimida por tal processo, que podemos afirmar, sem receio, a certeza da defasagem de conteúdo de idéias no momento de sua revelação e o momento imediato em que a retomávamos para expressá-las ou registrá-las. O processo acelerado de reelaboração se fazia necessário, exigindo contínuas reformulações.

Se faz necessário aqui, uma análise crítica, de nosso evoluir e a humildade em admitirmos uma certa inabilidade, levando-nos a lançar uma vez mais--ainda, como resquício de influências positivistas, e, de modismos — ao recurso das Ciências Naturais na análise objetiva das coisas — à elaboração de Conceitos, Marcos Conceituais e bases para uma Teoria. Cabe-nos, portanto, reconhecer hoje que o caminho trilhado se fez refletir naquele momento, na dificuldade em desvencilharmos, de uma vez por todas, da supremacia da visão positivista, retardando a adoação definitiva dos recursos das Ciências do homem.

Contudo, vale a pena considerar, que assumir totalmente esta responsabilidade como "Mea Culpa", embora, nos incomode e constrange justificá-la, é negar ou omitir a contribuição para a melhoria do sistema de orientação formal da Pós-Graduação, principalmente nas áreas onde a pesquisa não tem tradição acontecendo, ainda, de forma incipiente e elementar. Na falta de masas

sa crítica titulada, o doutor assume imediatamente após sua defesa de tese e credenciamento de orientador, sem tempo para elaboração e reflexão mais profunda, o seu novo papel. Os programas de Pós-Graduação parecem mais direcionados a atender: a demanda acelerada da titulação exigida pelas Universidades para ascensão na carreira do docente; as avaliações para enquadramento e classificação nos órgãos financiadores; a exigência de estabelecimento de critérios, geralmente, rigorosos em relação a tempo de titulação, cumprimentos de prazos e obtenção de créditos e outros procedimentos formais, em detrimento da finalidade precípua dos referidos programas — a formação do pesquisador e a qualidade da produção científica. A maturidade advinda do sofrimento, do inevitável autodidatismo e dificuldades de entendimentos entre orientandos e orientados (poucas opções de escolha, deficiências de certas áreas, sobrecargas de orientadores e muitas outras) parece ser ainda a triste condição para formação dos poucos pesquisadores existentes na área.

Buscamos, pois, respaldo na evolução das idéias filosóficas, reconhecendo como Ricoeur, apud FORGHIERI<sup>10</sup>, que a preocupação de reencontrar em nós mesmos aquela parte, aquele aspecto que não pode ser objeto de ciência, só poderá ser encontrada no ponto de junção entre as Ciências Humanas e a filosofia.

Sentindo a impossibilidade de um retorno, motivadas pelo desafio e perseverança, proseguimos na determinação de nossa tarefa.

Buscamos, então, como referencial para o direcionamento de nossas idéias humanistas, não nos limitando, certamente, ao discurso de uma única corrente, a não ser o cuidado em não nos determos naqueles, cuja visão determinista pudessem conflitar com nossa idéia original, senão, aquelas que viessem reforçar nossos pontos de vista, ou quando muito oferecessem subsídios para confrontação e compreensão dialética da questão.

Fomos da História da Filosofia à An-  
tropologia Filosófica, encontrando pensadores partidá-  
rios do livre-arbítrio, nunca nos sentindo originais, en  
contrando neste percurso inúmeros autores igualmente pre  
ocupados com o problema da liberdade.

Entre os filósofos mais proeminentes encontramos KANT, para o qual "A Lei Moral é que comanda a razão do homem e obedecendo, ele é livre, mesmo "obri-  
gado" por essa lei, não é por ela determinado"; KIERKE-  
GAARD afirma "O atributo básico do indivíduo é sua capa  
cidade de escolher e decidir o que é bom ou mal"... "Trans-  
cender significa fazer do próprio mundo o projeto das pos  
síveis ações do homem, transforma-se em ato de liberda  
de"... "Estar no mundo, portanto significa cuidar das

coisas e ter possibilidade de mudá-las"; SCOT: "A vontade de do homem, como reflexo da vontade divina é essencialmente livre"; BERGSON: "Nada é pré-determinado, pois são a evolução é realmente criadora, embora imprevisível"; JAMES: "São a liberdade ou o acaso impedem a história de ser mera repetição"; MARCEL: "Afirmo-me como pessoa na medida em que assumo a responsabilidade de meus atos e também na medida em que a existência dos outros pode dar forma a minha conduta"; MOUNIER: "O homem é um ser natural, identificando-se com o próprio corpo. Mas o homem é, contudo, e enquanto é um ser natural, mais do que um ser natural, ele transcende sua naturalidade ontológica. São ele é capaz de conhecer, de transformar, de amar, de ser livre, de usar o determinismo natural como instrumento de superação. São ele é capaz de ação construtiva... A existência do homem não é o desenvolvimento mecânico de potencialidades pré-determinadas, pré-definidas, mas uma contínua pulsação, uma ininterrupta disputa entre exteriorização e interiorização".

O homem existe de forma única e como tal deve ser compreendido. A compreensão de sua totalidade implica, inclusive, em despojar-se de conceitos alienantes, sedimentados em aspectos não inerentes à existência.

Uma pedra não existe em relação ao

seu semelhante. Ela é confinada aos limites que ocupa no espaço, não podendo transcender nem criar possibilidades de realização. O homem, ao contrário, é livre para decidir sua existência e alcançar de forma plena a totalidade de suas realizações.

Nossa identificação com a postura humanista existencial deveu-se, sobretudo, ao fato desta corrente de pensamento reconhecer, ressaltar e restituir o valor e a dignidade humana, aspecto precípua para o exercício da enfermagem. A dignidade humana é aqui entendida como o sentimento de respeito a si mesmo e aos outros, pelo reconhecimento de que toda criatura humana possui características que a elevam acima dos outros seres existentes no mundo. Pelo fato, desta corrente requerer, antes de tudo, que o homem desenvolva as virtudes contidas em si mesmo, suas forças criadoras e a vida da razão, trabalhando no sentido de fazer das forças do mundo físico, instrumento de sua liberdade sem, no entanto, desconhecer ou desconsiderar a influência das contingências sociais. O que tenta se exprimir é uma postura equilibrada entre o idealismo e o materialismo. Neste enfoque, considera-se como fatores determinantes de saúde: as predisposições hereditárias e constitucionais; o ambiente (circundante e participante); o estilo de vida; a qualidade de vida e a internalidade (forças inter

nas, capacidades, vontades, interesses, tendências, motivações internas, potencialidades).

Internalidade, é aqui, entendida como a percepção interna da pessoa na crença e no poder de influir em seu próprio destino, sendo capazes de provocar mudanças e conseqüentes transformações que as conduzam à conquista de uma melhor qualidade de vida, bem como, a graus mais elevados de saúde.

O oposto, seria a Externalidade, entendida aqui, pelas características das pessoas que atribuem ao destino, à sorte, ao azar, a outros poderes, ao sobrenatural, a responsabilidade pelo que lhes acontece, não reconhecendo em si a capacidade de alterar o curso dos eventos e de influírem no controle das contingências de reforço, que se seguirão às suas ações.

ROTTER<sup>34</sup>, em sua teoria do Aprendizagem Social, alerta-nos para o fato de que uma crença exagerada no controle interno resultaria em onipotência irrealista, enquanto, uma crença exagerada no controle externo, resultaria em atitudes passiva e fatalista.

O indivíduo não é nem o peão do seu ambiente, nem uma criação dos instintos, das necessidades e dos impulsos. Ele é, ao contrário, livre para escolher e inteiramente responsável pela sua própria existência. O homem, se quiser, pode transcender tanto seu



ambiente como seu corpo físico. O que quer que ele faça é de sua escolha. As próprias pessoas determinam o que serão e o que farão.

Afirmar a existência de possibilidades ilimitadas é uma postura certamente ingênua, logicamente existe no campo existencial — as condições do lançamento no mundo — a considerar. Este campo coloca limites definidos naquilo que as pessoas podem tornar-se. Existe, ainda, a influência do ambiente familiar, e dos ambientes posteriores que expandem ou reduzem o cumprimento das possibilidades.

Não se trata, em absoluto, de uma negação das influências de forças externas que podem deformar, lesar e até aniquilar as tendências do crescimento. Não é, tampouco, a defesa de um desligamento passivo em relação às condições que nos rodeiam. É, antes, a re-colocação em um primeiro plano do grau inalienável de liberdade de cada vida humana. Desta realidade, entendeu bem VICTOR FRANKL, discípulo de Freud, autor de 26 livros publicados em 18 idiomas, com mais de 80 edições. Vítima do holocausto, no campo de concentração de "Auschwitz", prisioneiro de nº 119.104, sofrendo as piores degradações que um homem poderia suportar, tendo diante de si apenas duas alternativas: morrer ou participar como médico, junto à SS, das atrocidades ali realizadas, despre

zara ambas lançando-se com forças descomunais, embora subjugado à escravidão, à luta pela vida, fazendo ressuscitar em si, e em cada prisioneiro condenado à morte, a esperança num "para que" viver. Este fato real faz aumentar nossa convicção de haver sempre na pessoa, liberdade para assumir uma posição face às condições que a restringem: a liberdade de aceitar, rejeitar e tomar decisões diante de seus instintos, de suas características herdadas e do meio que o cerca; de que o homem pode preservar ao menos um vestígio de liberdade espiritual, de independência mental, mesmo em tão terríveis condições de tensão psíquica e física (GOMES)<sup>11</sup>.

Não se há de negar que a dimensão sócio-econômica, a dominação tecnológica, a irrelevância da própria vida humana e da participação pessoal nos acontecimentos são as marcas registradas de nossa época. Mas não devemos deixar de crer, haver em todo homem algo que possa ser preservado, desenvolvido e liberado para além dos elos que se empenham em reduzi-lo a um ser condicionado, conformista, rendido, humilhado e tantas vezes subserviente ou explorado. Esta forma de conceber a essência do homem é ao nosso entender parte da concepção de mundo concebido para e por pessoas na visão humanista. O humanismo filosófico é uma concepção do mundo e da existência, que tem o homem como centro.

Existem numerosas correntes humanistas, existencialistas e fenomenológicas, as quais, dada a amplitude e complexidade de seu campo de ação e de interpretação, não convergem, mas caminham paralelas à procura de um lugar comum.

Embora o Humanismo possa ser algo inerente ao Existencialismo e ao Holismo ou deles decorrendo, naturalmente, achamos sempre oportuno e certo destacá-los em nossa linha de pesquisa.

Entendemos, a existência aqui implicada, como o próprio homem, que se torna o centro da atenção encarado como ser concreto nas suas circunstâncias, no seu viver, nas suas aspirações totais. Centrado nos problemas do homem, o existencialismo penetra nos seus pensamentos concretos, nas suas angústias e preocupações, nas suas emoções interiores, nas suas ânsias e satisfações.

Tanto para o Existencialismo, como para o Humanismo, o homem é visto não como um ser universal, diluído na idéia, como pensava HEGEL, mas antes como um ser particular, concreto, com vontade e liberdade pessoais, consciente e responsável. O Existencialismo, enquanto expressão de uma experiência individual, singular, trata diretamente da existência humana.

Vontade, liberdade e intencionalida

de, formam um tripé, onde a coexistência pacífica destes conceitos passa a refletir uma harmonia desejada, mas muito complexa e difícil.

O homem não é explicado pelas coisas nele ou dele, ele é a própria explicação. Quando entra em relação com o mundo, está todo ele e ele todo em relação. Não há como dicotomizá-lo, atribuindo à parte dele (o inconsciente, p.ex.) a responsabilidade de um gesto. Nas suas escolhas, todo o seu organismo faz sentido e faz história. Sua vontade e sua inteligência não são realidades a ser isoladas, são o que são, como resultado de um processo em que o todo, o organismo fez uma longa caminhada na sua relação com o ambiente.

O pensamento filosófico existencial, representado por KIERKEGAARD, HEIDEGGER e BUBER, centraliza-se na convicção de que a realidade última é encontrada na existência individual, única, concreta, expressa através do compromisso do ser e do agir, no assumir a responsabilidade dessa existência.

O pensamento existencial foi transportado para a psiquiatria por BINSWANGUER, MINKOWSKI, STRAUS, FRANKL, que basearam suas práticas psicoterápicas nos princípios filosóficos existenciais. Esses ressaltam a necessidade da tomada de consciência da própria existência, da importância de uma direcionalidade exis-

tencial e do livre-arbítrio.

Nesta esteira, FRANKL<sup>9</sup>, mediante sua análise existencial, interpreta o ser humano, não como impulsionado -- impotente e irresponsável -- pelos instintos soberanos, mas como uma criatura que decide espiritualmente quanto ao destino de seus impulsos. Marca um momento na história da psiquiatria como defensor da liberdade humana contra todo e qualquer determinismo, como fenomenólogo do amor e promotor de aberturas no sentido do homem atingir a transcendência. Dedicou-se, especialmente, ao estudo do sentido da vida e da frustração existencial.

Para este autor, o sentido da vida é um problema caracteristicamente humano e uma indagação que todo homem faz a si mesmo. Para assumir um compromisso com a vida é preciso descobrir-lhe o sentido. O sentido assume, portanto, uma importância vital na existência da pessoa. Daí a ênfase central proposta por FRANKL, a esta necessidade que todo homem possui em responder a esta questão. A falta de sentido na vida faz com que o homem se envolva numa vacuidade existencial, que hoje é o mal-estar da civilização, daqueles que atuam mecanicamente, sem tomar consciência do sentido que a vida esconde em si mesma.

MAY<sup>24</sup>, em seu livro intitulado "Psi

cológia e Dilema Humano", tecendo considerações sobre a perda de significação do Homem Moderno, indaga, "Não se rã um dos problemas centrais do homem ocidental moderno que ele se sente despido de significação como indivíduo? Focaliza aquele aspecto da sua imagem de si mesmo que consiste na sua dúvida sobre se pode ou não atuar e na sua intuição de que, mesmo que atue, isso não lhe acarretará vantagem alguma. A desvalorização do homem e o fracasso constante diante da busca do sentido, acabam por enfraquecê-lo, tornando cada vez mais dêbeis seus esforços pessoais".

A perda da experiência da nossa prôpria significação, conduz àquela espécie de ansiedade a que PAUL TILLICH<sup>39</sup>, chamou de "Angústia de insignificância", FRANKL, denominou "Frustração existencial" e KIEKE GAARD reconheceu como o "Medo do Nada".

FRANKL, aborda a questão fundamental do ponto de vista antropológico: a auto-transcendência da existência humana.

A liberdade constitui o eixo da antropologia Frankliana. A concepção que se faz dela, liberdade, tem uma direção transcendente; não é só uma liberdade-de, mas é uma liberdade-para. Não pode degenerar em arbitrariedade e libertinagem, mas considera a finitude e os limites. supõe riscos e a possibilidade de

fracassos. Supõe, sobretudo, a responsabilidade.

Segundo FRANKL, a carência de sentido para a vida é a base das psicopatologias modernas, por que a humanidade nunca viveu tão sem perspectivas.

A absoluta maioria da humanidade, tem problemas emocionais de maior ou menor importância. Esses problemas afetam a existência das pessoas, desencadeando sintomas físicos e emocionais dos mais diversos. A vida competitiva da sociedade de consumo, características de nossos dias, a insegurança no trabalho e nas ruas, também contribuem fortemente com seu ônus para a higidez mental. Em consequência, não é de se admirar que haja uma elevada incidência de pessoas com insônia, incapacidade para concentrar-se e abstrair-se, com sintomas que provocam distúrbios digestivos, depressões, angústias, dores de cabeça, cansaço excessivo, perda da auto confiança e da capacidade de iniciativa, elevada irritabilidade emocional e muitos outros sintomas existenciais. Há, por outro lado, uma tendência generalizada de se identificar tais "sintomas" como indício de doença mental.

A posse da existência humana, ou do processo vital pelas profissões ligadas à Saúde Mental, começa com a identificação e classificação das doenças mentais e culmina em nossos dias com a afirmação de que tudo na vida é um problema psiquiátrico que a Ciência do

Comportamento deve resolver.

Esse processo de tornar médicos e psiquiátricos e em geral técnicos os problemas pessoais, sociais e políticos tem sido uma característica dominante da era Moderna e Burocrática. Não contribui para a auto-realização do indivíduo, marginalizando-o e alienando-o de sua participação no projeto de vida, do seu vir-a-ser enquanto ser-no-mundo.

Quando os indivíduos sentem a sua insignificância como pessoa, eles também sofrem um abalo em seu sentido de responsabilidade humana.

A falta de sentido traz a impotência, esta converte-se em ansiedade, a ansiedade em regressão e apatia, estas por sua vez em hostilidade, e a hostilidade em alienação do homem em relação ao homem.

O que acontece em tais momentos de ansiedade é apenas a expressão externa da desintegração do sentido de significação do homem como indivíduo e, por conseguinte, a sua perda de capacidade de decisão e responsabilidades individuais e conseqüentemente a doença mental.

FRANKL, desenvolveu uma modalidade de tratamento denominada Logoterapia que busca resgatar, da intimidade da alma das pessoas, o sentido da vida. Não tendo a intenção de substituir nenhuma das grandes pro-



postas psicológicas modernas, a logoterapia surge como alternativa clínica atual. FRANKL, apesar de ter nascido e estudado na mesma cidade de FREUD e ADLER, vive em outra época, num outro momento da História da Humanidade.

Apresenta a Logoterapia, não como uma solução para o dilema da humanidade, senão, uma tentativa de encontrar um sentido para a vida de cada pessoa, na sua realidade, em seu sofrimento, em sua existência, muitas vezes desprovida de propósitos.

A Logoterapia ou análise existencial de FRANKL, traz no seu bojo a utilização de técnicas alternativas das mais antigas, presentes no Sermão da Montanha e nos ensinamentos bíblicos, na cultura tradicional hindu e chinesa e nas filosofias Zen-budista, Taonista e Yogui (GOMES)<sup>11</sup>.

A visão de FRANKL, sobre a natureza humana, traz uma nova e revolucionária perspectiva para a questão das doenças mentais, de que por mais mentalmente perturbada que seja uma criatura, ainda resta-lhe uma dimensão imaculada, um núcleo sadio e íntegro do ser. Por esta razão, disse FRANKL: *"há ocasiões em que um esquizofrênico agudo tem lampejo e de franca lucidez"*.

Com efeito, a análise existencial de FRANKL basicamente irá afirmar que o significado funda-

mental do ser humano é ser consciente e responsável. Tanto a Psicanálise, quanto a Psicologia Individual de ADLER, se tomadas isoladamente, acabam vendo apenas uma parte do homem. A soma destas duas importantes teorias ajudam a perceber uma imagem mais completa da pessoa humana. Em outras palavras, uma permite a compreensão do homem em sua dimensão biopsicológica, a outra esclarece aspectos da dimensão sociopsicológica, finalmente, a Logoterapia ajuda a perceber o indivíduo como um complexo psico-bio-socio-espiritual (GOMES)<sup>11</sup>.

Vale ressaltar que a dimensão espiritual a que se refere FRANKL é a capacidade que o homem tem de ser transcendente, de estar no mundo e poder distanciar-se dele, de ter consciência da finitude da vida e de sua responsabilidade como ser livre para modificar o mundo ou sua maneira de enfrentá-lo.

OLIVEIRA<sup>31</sup>, reforça em seu livro *O Ser Doente*, "que vivemos um dos momentos mais difíceis da história da humanidade, fase de transição em que os valores da sociedade mudam rapidamente e os meios de comunicações encolhem o mundo. As regras antigas, que serviam de base ao homem, submergiram, e nenhuma novidade apareceu ainda para substituí-las na orientação da humanidade". Diríamos aqui, em consequência de nossas reflexões não ser mais possível utilizar-se igualmente de for

mas ultrapassadas como, por exemplo, a promoção do conflito de classes como motor da história, numa era em que a sobrevivência do homem exige atitudes de solidariedade planetária. A única solução, provável, é avançar na esperança e descobrir fontes de integridade na pessoa e na sociedade. Sente-se, no momento, a necessidade de algo transcendente, de uma filosofia de vida que ofereça uma satisfação real que seja respeitada por todos. O homem carece encontrar um novo modo de viver consigo mesmo como Eu autêntico-na sociedade, assumindo o seu ser em liberdade. Liberdade, se configura aqui uma expansão da autoconsciência e da capacidade de atuar responsável como um Eu. Significa uma capacidade crescente de fazer face às novas possibilidades, tanto no desenvolvimento individual como no aprofundamento das relações com os nossos semelhantes.

FRANKL, vai considerar cada pessoa como um ser único neste mundo, não apenas no que se refere aos seus traços pessoais, mas também quanto a sua missão particular na vida.

O sentido da individualidade insubstituível, somente, ganha significado no seio da comunidade onde as diferenças se destacam, onde o que temos em comum somam-se e cada pessoa pode acrescentar para a sobrevivência do grupo aquilo que ela possui como unicamenen

te seu, a missão particular que tem.

GOMES<sup>11</sup>, um estudioso da teoria Frankliana, autor de inúmeras obras dentre elas: LOGOTERAPIA — a psicoterapia existencial humanista de Victor Emil Frankl; A PRÁTICA DA PSICOTERAPIA EXISTENCIAL — uma aproximação à obra de Viktor Frankl e o movimento humanístico existencial da Escola de Viena — expressa sua concepção pessoal sobre a Logoterapia como e acima de tudo uma importante proposta política que apresenta o homem como elemento predestinado ao engajamento na História, neutralizando a representatividade massificada e chamando a cada um a assumir sua responsabilidade frente ao mundo e à existência.

Para este autor a massificação elimina a singularidade da pessoa, fazendo de cada criatura uma cópia da outra, como se cada um fosse "igual" ao outro, como se as pessoas não tivessem atribuições distintas. Mas é somente como elementos da comunidade que o homem renasce completamente novo e total. A vida em comunidade permite o nascimento inicial da contemplação e depois a relação criadora, a relação eu-tu; nela resplandece a capacidade de amar, cuidar de seu semelhante e conviver.

A visão científica de Frankl está inspirada numa visão filosófica e mantém ligações com al

gumas linhas de pensamento que caracterizaram a filosofia do século XX, desenvolvidas anteriormente de modo especial pelos filósofos: BERGESON, HUSSEL, MAXSCHELLER, MOUNIER, HEIDEGGER, JASPERS e MARCEL. As origens mais remotas poderiam se encontrar em SÓCRATES, AUGUSTINHO, PASCAL e KIEKEGAARD.

Estas linhas foram denominadas de Intuismo e Fenomenologia, Ontologia do Ser, Personalismo ou Antropologia Filosófica e Existencialismo.

Deste referencial de idéias e sistemas direcionamos nossas atividades de pesquisa, enquanto orientadora, a temáticas tais como:

- . *"O sentido da vida e o vazio existencial: bases para a compreensão-interpretação do estado de frustração existencial do alcoolista"*.
- . *"O sentido da vida e o vazio existencial: bases para a compreensão-interpretação do estado de frustração do idoso"*.

O existencialismo trouxe uma nova visão do ser: sua ontologia, revela ao homem como ser-no-mundo. Ele não existe como um Eu, ou um sujeito em relação ao mundo externo; não é tampouco uma coisa ou um objeto, ou um corpo interagindo com as outras coisas que fazem o mundo. O homem tem sua existência por ser-no-mundo e o mundo tem a sua existência, porque há um ser

para revelá-lo. O ser e o mundo são unos. O existencialismo tem desempenhado um papel importante na psicologia e na psiquiatria.

Em relação a Enfermagem Psiquiátrica, este novo enfoque se traduz numa postura do Enfermeiro enquanto ser vocacionado para o cuidado integral do ser humano e parte integrante do processo de ajuda; da sua concepção de vida e existência, a partir da qual, dá significados ao ser-enfermeiro; da forma como sente e vivência sua condição de ser humano revelada sobretudo em situações de *dor, desconforto, sofrimento e morte*, conferindo-lhe o exercício da sua verdadeira missão, mediante o enfrentamento e co-participação com o outro de suas condições humanas.

O cliente é uma pessoa que não está conseguindo realizar com plenitude a sua humanidade, estando, por conseguinte, restringido em suas possibilidades.

A tarefa do enfermeiro psiquiátrico é ajudar a pessoa na busca de uma compreensão de sua existência, que o leve a liberação e conseqüente expansão da consciência de modo a encontrar seu próprio caminho, com a liberdade de escolher entre todas as suas possibilidades.

O cliente deve ser ajudado a retomar

o curso interrompido de sua existência, de seu ser-no-mundo, possível somente pela convivência e co-participação com o outro, no caso o enfermeiro.

Neste projeto, o enfermeiro carrega consigo um saber incorporado e habilidades técnicas adquiridas, relativas a sua formação, a qual recorre quando necessário à compreensão do comportamento e reações do cliente. Em outras palavras, o enfermeiro utiliza-se como ferramenta sua própria existência com espontaneidade e intuição, não como leigo, mas respaldado em conhecimentos técnicos e habilidades pertinentes a sua área de competência.

Os mais expressivos representantes europeus desta corrente de pensamento são: LUDWIG BUSWANGER e MEDARD BOSS e ROLLO MAY, este, um dos mais arduos expoentes americanos do existencialismo. Dentre outros teóricos de influência existencialistas podemos citar: ALLPORT, ANGYAL, GOLDSTEIN, LEWIN, MASLOW e ROGERS.

As idéias que fundamentam a abordagem existencial se constituem em oposição à aplicação do conceito de causalidade das ciências naturais à psicologia. Para esta corrente não há relações causa-efeito na existência humana. No máximo, existem sequências de comportamentos, mas, não é lícito derivar a causalidade da sequência. Ao rejeitar a causalidade a psicologia exis

tencial também rejeita o positivismo, o determinismo e o materialismo. Rejeita portanto, o dualismo do sujeito (mente) e objeto (corpo, ambiente, matéria). Propõe a unidade do indivíduo-no-mundo, assevera que qualquer ponto de vista que destrua essa unidade é uma fragmentação e falsificação da existência humana. Se opõe, veementemente, à consideração do indivíduo como algo semelhante a uma pedra ou árvore. Entende que essa perspectiva impede a compreensão do homem resultando na sua desumanização; polemiza contra o alheamento, a alienação e fragmentação do homem pela tecnologia, pela burocracia e pela mecanização; acredita que a pessoa é livre e apenas ela é responsável por sua existência. A liberdade não é alguma coisa que o homem tem e, sim, algo que ele próprio o é.

Sob certa orientação didático-formal, e com muita determinação e estudos complementares, seguimos nossas reflexões perseguindo, principalmente, a temática do não-determinismo, da liberdade e do livre-arbítrio, aspectos estes de motivações interna e existencial.

Nossas motivações refletem-se em parte, todo questionamento de nossas origens e historicidade, enquanto pessoa, face a trajetória percorrida por toda uma existência vivida.



do homem. É por isso que MOUNIER, em seu extenso "Traité du caractére", se engaja numa filosofia do homem e a té mesmo numa vontade quanto a ele. Sua psicologia não é, pois, de tonalidade puramente gnoseológica, uma simples exploração formal ou atomística de comportamentos, funções, complexos ou faculdades. Uma visão integral da existência humana está latente em toda sua psicologia e a esta cumpre principalmente facilitar ao homem o esclarecimento de seu próprio mistério, ajudá-lo a esclarecer os mistérios de sua existência.

Portanto, para MOUNIER, a realidade pessoal é impermeável às representações, sejam elas de que tipo forem, pois, trazem em si o estigma da fixação objetivista. Para atingir as "atitudes totais da pessoa", a psicologia não pode se limitar às pesquisas parciais. Não interessa que seja pelo "interior" ou pelo "exterior", pela intenção ou pela expressão, porque o homem está inteiramente presente em todos os seus gestos. A tarefa é tentar "atingir a forma mesma sob a qual um eu dado se situa na vida, forma que apenas parcialmente se exprime nos índices descontínuos da expressão" (SEVERINO)<sup>35</sup>.

Depreende-se da brilhante obra de Antônio Joaquim SEVERINO<sup>35</sup>, intitulada "Pessoa e Existência" que o Personalismo, enquanto Ontologia do Ser é um

método que se utiliza da evolução natural de idéias por meio do discurso livre e dialético, não sistemático, porém, extremamente criterioso, exprimindo lógica e sequência de pensamento, profundo engajamento e extrema coerência entre pensamento e ação. Enquanto discurso, revela um compromisso Ético, Moral e Social, utilizando-se da análise das vivências, desvelando como fio condutor os fatos significativos para o processo de compreensão da pessoa e existência, constituindo-se portanto, num verdadeiro instrumento de revelação do real.

O Personalismo, enquanto pensamento existencialista, é uma reação contra o excesso das filosofias das idéias e das coisas, e um apelo contra o desconhecimento do homem pela Filosofia Tradicional.

A pessoa na perspectiva do Personalismo é o modo propriamente humano da existência, jamais, o homem, a pessoa humana, será um objeto impessoal, uma peça anatômica ou uma pura transparência ideal, jamais será um esquema ou um modelo de possíveis, algo abstrato. Mas uma pessoa viva, um inesgotável concreto, por isso mesmo, até certo ponto, misterioso.

Em termos de Ação, o Personalismo é, essencialmente, uma Ética fundada nas dimensões ontológicas de sua Metafísica da pessoa, revelando-se portanto, senão, um sistema filosófico, uma Filosofia Existencial

Humanista.

A pessoa não pode ser vista, na Filosofia Personalista, apenas como uma estrutura. Seu ser não pode ser separado de seu agir. Existir para a pessoa, significa buscar um contínuo movimento de personalização. A pessoa não se define como um puro dado, ela é também e sobretudo um esforço de autocriação. Sua existência é um ritmo harmonioso, feito de dialética e de tensão (SEVERINO)<sup>26</sup>.

A existência da pessoa não pode tecer-se apenas ao nível de um agir, puramente técnico, a pessoa é chamada a agir eticamente, a construir seu próprio ser, a se fazer. Sua essência não é um dado completo e adquirido de uma vez por todas, mas uma tarefa a ser realizada mediante ação responsável. É a sua liberdade que lhe permitirá a demarcação dos contornos significantes de seu agir. Assim sendo, a pessoa sempre rompe a rigidez de uma essência concebida como modelo imutável, quanto ao determinismo de uma concepção derivada das abordagens permanente científicas. A liberdade humana é inegável: substituí-la por outra força significa sempre exercê-la, na busca de uma comodidade alienante. Conclui-se, daí, que a dialética personalista se afasta da dialética Hegeliana ou Marxista.

Ela, jamais, desprezará a participa

ção contingente da liberdade da pessoa. A ação será sempre um compromisso responsável entre as exigências da imanência, transcrita nos determinismos concretos das situações.

É provável que nossa incursão por este universo de idéias, não nos detenha, ainda, fixando-nos no Personalismo enquanto fundamento filosófico e metodológico de nossos questionamentos e linha de pesquisa, porém, aqui estamos, senão por opção consciente, também não por mera causalidade, mas certamente pelo próprio evoluir de um processo, este sim, por escolha. Neste sentido nos identificamos uma vez mais com MOUNIER, o qual revela uma aversão Kierkegaardiana à doutrina, revelando sua incompatibilidade com qualquer perspectiva de cristalização de seu pensamento num sistema rígido e definitivo.

Com base neste referencial configura-  
mos nossa linha de pesquisa a qual passamos a visualizá-  
-la através do quadro a seguir:

LINHA DE PESQUISA

REGIÃO DE INQUÉRITO:

Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental.

MODALIDADE:

Pesquisa qualitativa/quantitativa.

NATUREZA:

Descritiva-compreensiva/explicativa, a  
nalítica.

ENFOQUE:

Humanista existencial.

ABORDAGEM:

Holística.

ABRANGÊNCIA TEÓRICO-FILOSÓFICA E

METODOLÓGICA:

Antropologia Filosófica.

CORRENTE DE PENSAMENTO:

Fenomenologia Existencial Personalista.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALEXANDRE, F.C. & SELESNICK, S.T. *História da Psiquiatria*. São Paulo, Difusão Cultural, 1968.
2. BARRETO, D. *O alienista, o louco e a lei*. Petrópolis, Vozes, 1978.
3. BARTON, R. *Institutional Neuroses*. New York, John Wright and sons, 1959.
4. BINSWANGER, L. *Being-in-the-word*. New York, Basic Books, 1963.
5. CAPRA, F. *O Ponto de Mutação*. São Paulo, Cultrix, 1982.
6. COOPER, D. *Psychiatrie et antipsychiatrie*. Paris,

Seuil, 1970.

7. DANIEL, L.F. *Enfermagem: Modelos e Processos de Trabalho*. São Paulo, EPU, 1987.
8. FRAGA, M.N. de O. de. *Informações de Enfermagem. Sua importância para decisões da equipe psiquiátrica*. Tese de Mestrado defendida na U.F. do Rio de Janeiro, 1980.
9. FRANKL, V.E. *Psicoterapia e Sentido da Vida*. São Paulo, Quadrante, 1973.
10. FORGHIERI, Org. *Fenomenologia e psicologia*. São Paulo, Cortez: autores associados, 1984.
11. GOMES, J.C.V. *Logoterapia*. São Paulo, Loyola, 1987.
12. HORTA, W.A. *Processo de enfermagem*. São Paulo, EPU-EDUSP, 1979.
13. ILLICH, I. *A expropriação da saúde: Nêmeses da medicina*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
14. IRVING, S. *Enfermagem Psiquiátrica Básica*. Rio de

Janeiro, Interamericana, 1979.

15. JACCARD, R. *A Loucura*. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.
16. JOFFE, W.C. *O que é Psicanálise*. Rio de Janeiro, Imago, 1972.
17. KALKMAN, M.E. & DAVIS, A.J. *New dimensions in mental-health psychiatric Nursing*. New York, Mac Graw-Hill Book, 1974.
18. KLINEMBERG, O. *As diferenças raciais*. São Paulo, Nacional, 1966.
19. KOLBE, L.C. *Psiquiatria Clínica*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1976.
20. LAING, R.D. & COOPER, D. *Reason and Violence*. London, Tavistock publication. New York, Humanities Press, 1964.
21. LAING, R. *O Eu dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura*. Petrópolis, Vozes, 1973.
22. \_\_\_\_\_ . *The voice of experience*. Pantheon. Nova



York, 1982.

23. MARTINS, J. & BICUDO, M.A.V. *A Pesquisa Qualitativa em Psicologia*. São Paulo, Moraes-EDUC, 1989.
24. MAY, R. *Psicologia e Dilema Humano*. Rio de Janeiro, Zahar, 1977.
25. MOFFAT, A. *Psicoterapia do Oprimido*. São Paulo, Cortez, 1983.
26. MOREIRA, D. *Psiquiatria: controle e repressão social*. Petrópolis-Belo Horizonte, Vozes, 1983.
27. MOUNIER, E. *O Personalismo*. Lisboa, Moraes-Martins Fontes, 1964.
28. NEGRETE, J.C. *La epilepsia como problema de Saúde Publica*. Material apresentado em el curso de Ex tension Universitária sobre Epilepsia, promovido pela Coordenadoria de Saúde de São Paulo, nov, 1974 (mimeografado).
29. NEVES, E.P. & CONÇALVES, L.H.T. *As questões do Mar* co Teórico nas Pesquisas de Enfermagem. *Anais do*

3º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem.  
Florianópolis, 3 a 6 de abril de 1984. 210-229.

30. NOGUEIRA, M.J.C. de. Abordagem holística, uma proposta para a enfermagem brasileira. *Anais do XXXVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem*. Olinda-Recife, 17 a 22 de novembro, 1985. 508-526.
31. OLIVEIRA, D.P. *O "Ser doente", dimensão humana na formação do profissional de Saúde*. São Paulo, Moraes, 1985.
32. PARSONS, T. Social structure and dynamic process. "The case of modern Medical practice". In T. Parsons, *The Social System*. Nova York: Free Press, 1951.
33. ROSENHAN, D.L. On being sane in insane places. *Science*, 1973. 250-258.
34. ROTTER, J.B. *Social Learning and clinical Psychology*. Englewood cliffs. New York: Prentice-Hall, inc, 1954.
35. SEVERINO, A.J. *Pessoa e Existência: iniciação ao*

- Personalismo de Emmanuel Mounier.* São Paulo, 1983.
36. SHULTE, W. & TOLLER, R. *Manual de Psiquiatria.* São Paulo, EPU-Spring, 1981.
37. SOUZA, M.F. O surgimento e a evolução histórica das teorias de enfermagem. *Anais do 3º Seminário Nacional da Pesquisa em Enfermagem.* Florianópolis, 3 a 6 de abril, 1984. 230-242.
38. SZASZ, S.T. *Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem.* Rio de Janeiro, Zahar, 1977.
39. THENS, K. *Etologia: A conduta animal, um modelo para o homem ?* São Paulo, Círculo do Livro, 1977.
40. TILLICH, P. *Existentialism and Psychotherapy. Review of Existential Psychology and Psychiatry, vol.1, nº 1, 1961.*
41. VIETTA, P. *Elaboração do Processo de Enfermagem com base no Marco Conceitual para a Prática da Enfermagem Social. Tese de Livre-Docência, de-*

fendida na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, 1986.

42. VIETTA, E.P. & LUIS, M.V. O hospital psiquiátrico como centro de promoção de saúde mental. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, 7(1), 1986.
43. WALKENSTEIN, E. *Bitolando pela Psiquiatria*. São Paulo, brasiliense, 1980.

## LEITURAS RECOMENDADAS

CAPRA, F. *O TAO da Física*. São Paulo, Cultrix, 1983.

BOSS, M. *Existencial foundation of Medicina and psychology*.  
New York: Aronson, 1977.

BUBER, M. *Eu e Tu*. São Paulo, Cortez e Moraes, 1979.

GOMES, J.C.V. *A prática da Psicoterapia Existencial. Logoterapia*.  
Petrópolis, Vozes, 1988.

MARSIGLIA, R.G.; DALARI, D.A. de; COSTA, J.F.; MOURA,  
F.D.M.N.; KINOSHITA, R.T.; LANCETTI, A. *Saúde Men-  
tal e Cidadania*. São Paulo, Mandacaru Plenário de  
Trabalhadores em Saúde Mental, 1987.

MAY, R. *Psicologia Existencial*. Porto Alegre, Globo, 1980.

- RABUSKE, E.A. *Antropologia Filosófica: um estudo sistemático*. Petrópolis, 1986.
- SEVERINO, A.J. *A antropologia Personalista de Emmanuel Mounier*. São Paulo, Saraiva, 1974.
- TUNDIS, S.A. & COSTA, N.R. do. et alii. *Cidadania e Loucura: Política de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis, ABRASCO, 1987.
- VIETTA, E.P. & CARVALHO, E.C. *Processo de Comunicação a Luz do Marco Conceitual para Prática da Enfermagem Social*. *Anais do 1º Simpósio Brasileiro de Comunicações em Enfermagem*. Ribeirão Preto, 1988.
- XAUSA, I.A.M. de. *A Psicologia do Sentido da Vida*. Petrópolis, Vozes, 1986.

Daí, não conseguirmos desvincular nossas tendências filosóficas, nossa intencionalidade e visão-de-mundo que cogitamos, de nossa vivência, enquanto ser-no-mundo. Não há como desvincularmos a essência dos princípios que adotamos, enquanto pessoas e cidadãos, do conteúdo do discurso que proferimos. Há de se preservar a coerência entre as idéias e as ações, entre a teoria e a prática.

Neste ponto, percebemos uma certa convergência e identificação de idéias com o pensamento de MOUNIER, quando, este afirma dentro do Personalismo que *"o homem forma-se ativamente porque nele nem tudo foi pré-determinado, nem tudo está entregue à fatalidade. Aquilo que no seu caminho é determinismo, compete-lhe, com sua liberdade, tomá-lo em mãos e personalizá-lo"*.

O Personalismo toma este nome com EMANUEL MOUNIER (1905-1950). MOUNIER, considera que o Personalismo apreende qualquer problema especificamente humano. Segundo ele, a existência pessoal é o modo de ser particularmente humano que tende para a personalização, que é o movimento central do Universo.

Enquanto não se superar a distinção rígida entre "objetivo" e "subjetivo", a psicologia não conseguirá centralizar-se no homem. Porque, mais que toda a Ciência, a Psicologia depende da concepção que se tem

do homem. É por isso que MOUNIER, em seu extenso "Traité du caractère", se engaja numa filosofia do homem e a até mesmo numa vontade quanto a ele. Sua psicologia não é, pois, de tonalidade puramente gnoseológica, uma simples exploração formal ou atomística de comportamentos, funções, complexos ou faculdades. Uma visão integral da existência humana está latente em toda sua psicologia e a esta cumpre principalmente facilitar ao homem o esclarecimento de seu próprio mistério, ajudá-lo a esclarecer os mistérios de sua existência.

Portanto, para MOUNIER, a realidade pessoal é impermeável às representações, sejam elas de que tipo forem, pois, trazem em si o estigma da fixação objetivista. Para atingir as "atitudes totais da pessoa", a psicologia não pode se limitar às pesquisas parciais. Não interessa que seja pelo "interior" ou pelo "exterior", pela intenção ou pela expressão, porque o homem está inteiramente presente em todos os seus gestos. A tarefa é tentar "atingir a forma mesma sob a qual um eu dado se situa na vida, forma que apenas parcialmente se exprime nos índices descontínuos da expressão" (SEVERINO)<sup>35</sup>.

Depreende-se da brilhante obra de Antonio Joaquim SEVERINO<sup>35</sup>, intitulada "Pessoa e Existência" que o Personalismo, enquanto Ontologia do Ser é um