

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS VARIAÇÕES COMPORTAMENTAIS DO PACIENTE EM CLÍNICA GERAL *

** Anita Aparecida Daboit

** Noeci Feijó Vaz

RBEEn/02

DABOIT, A.A., VAZ N.F. — Assistência de enfermagem frente às variações comportamentais do paciente em clínica geral. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 31 : 443-448, 1978.

I — INTRODUÇÃO

É nosso intento, neste trabalho, enfatizar algumas das múltiplas variações comportamentais do paciente em clínica geral. Salientamos que serão grifadas reações, que fazem daquilo o que mais constatamos no nosso dia a dia.

A medida, que examinamos o nosso cotidiano e cotejamos com a bibliografia referente, verificamos a necessidade de conscientização do enfermeiro frente às variações comportamentais do paciente. Este deverá ser constantemente visto como um todo, pois seu físico e psíquico formam uma unidade sem cisão dual. O enfermeiro deverá enriquecer sempre mais sua bagagem científica para que possa identificar, interpretar e manejar as múltiplas reações comportamentais de seus pacientes. É importante lembrar que nem todas as manifestações patológicas são motivos para uma internação e, muitas vezes, há necessidade de serem desvendadas pelo enfermeiro, sin-

tomas outros que não fizeram parte do conjunto de queixas apresentadas pelo paciente. Psíquico e soma, tratam de um mesmo fenômeno estrutural, apresentando, no entanto, validades diferentes, que são até objetos de disciplinas distintas.

O trabalho em todo seu contexto procura valorizar a relação enfermeiro-paciente, como veículo importante no tratamento do paciente.

II — CONSIDERAÇÕES SOBRE POSSÍVEIS REAÇÕES DEFENSIVAS DO PACIENTE

1. *Conflito*: é o resultado da reação impulsiva do indivíduo, durante uma necessidade e de sua limitada satisfação, induzindo-o à formação do EGO. Todo ambiente gera conflito, em decorrência das relações humanas. É a luta entre os considerados certos e errados, bem e mal. A personalidade, vai se formando em cada indivíduo, na dependên-

* Trabalho apresentado ao XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem, em Belém do Pará, Julho de 1978.

** Enfermeiras do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP.

cia do meio ambiente e dos fatores hereditários.

A formação da personalidade depende da forma pela qual os fatores de influência atuam no todo, ou mesmo parcialmente, para reflexo neste mesmo todo. As reações devem ser vistas como se fossem uma infecção atingindo uma parte do corpo, provocando febre geral que é, em última análise, a reação contra o foco infeccioso.

É importante lembrarmos que cada indivíduo é uma unidade com características próprias, reagindo diferentemente, embora os estímulos sejam os mesmos, constituindo a chamada individualidade. No ser humano distinguimos a individualidade, que é representada pelas características do Id, sob o controle do Ego, e esta forma a personalidade (a adaptação ao meio ambiente).

As reações dependem de vários fatores, entre eles os que oferecem reações decorrentes de maior ou menor impulso, exemplo: religião, hábitos, costumes, educação, cultura, situações específicas do momento. Se não houver adaptação diante das situações apresentadas, então poderá surgir a neurose que é uma forma de defesa ⁵.

2. *Angústia*: é uma reação desagradável, sentida pelo indivíduo ameaçando-lhe a integridade física ou psíquica. Surge pela desorganização do funcionamento interno, resultante da integridade física e psíquica, contra o meio externo. Provoca um descontrole mental defensivo, que poderá desencadear o pânico, podendo ser uma neurose de defesa para poder sobreviver.

O medo é uma ameaça objetiva, vindo do meio externo; angústia é uma reação subjetiva formada e manifestada no meio interno. Angústia, portanto, não oferece margem de prevenção contra ela, ferindo diretamente o núcleo da personalidade, no qual se incorpora. Em todas as idades é possível a fuga para o

mundo irreal e mais agradável da fantasia, que desde a infância, apresenta seus perigos dependendo da intensidade e dos motivos angustiosos que levam a ele ⁵.

3. *Frustração*: ocorre quando os desejos não são realizados.

O conflito altera o estado emocional no momento em que ele é desencadeado, provocando alterações viscerais em vários órgãos. A emoção aumenta nos indivíduos hiperemotivos, cujas reações são maiores nos normais, deixando-os agitados e muitas vezes com flatulências intestinais (reações fisiológicas).

A tensão emocional pode trazer conseqüências físicas, como por exemplo, úlceras estomacais. Toda lesão orgânica desencadeia perturbações nervosas e vice-versa.

O conflito, não deveria ser encarado como motivo de sofrimento e sim de estímulo para melhoria da personalidade ⁵.

4. *Agressividade*: é uma das formas de defesa, da qual o indivíduo lança mão para fugir ou enfrentar obstáculos.

Concluindo, vê-se que o instinto de agressividade é fundamental à formação do Ego e sobrevivência da personalidade.

Diante destas considerações, vemos com que importância deve se desenvolver o trabalho do enfermeiro em suas 24 horas, pois uma das reações, talvez mais comumente encontrada, seja o conflito e este, dependendo do grau, a agressividade.

Neste momento, o enfermeiro terá que mais urgentemente interpretar e com palavras acalmá-lo. Uma das tendências do ser humano é instintivamente, transpor para si, o ato agressivo, e se isto ocorrer não haverá condições de dominá-lo em sua ansiedade ³.

III — O DOENTE E SUAS REAÇÕES A DOENÇA

1. O Início da Doença.

Enquanto a consciência da saúde se exprime, fenomenologicamente em um sentimento de segurança, o da doença é expressado por sofrimento e fraqueza. Isto vem gerar ansiedades, surgem os fantasmas de possíveis complicações, novos sofrimentos e possíveis destruições. Na conscientização do diagnóstico e prognóstico há duas reações contraditórias perante o paciente:

— perigo na confirmação do estado de doença;

— esperança que o paciente alimenta frente ao que a equipe pode lhe trazer de auxílio.

Perante estes conflitos o paciente poderá aceitar ou negar a doença.

1.1 — Resistência à Doença

Podemos considerar resistência à doença: quando o paciente se recusa consultar frente a uma indisposição ou quando interrompe o tratamento já em curso. Exemplo: altas requeridas.

1.1.1 — Motivações da Resistência — Aspectos considerados:

● Resistência à sua própria fraqueza — Resistir à doença é portanto, ao mesmo tempo, demonstrar a si mesmo a própria força. A importância desse mecanismo depende do sistema de valores ao qual pertence o indivíduo. Exemplo: nos meios rurais a resistência à doença é posta no mesmo plano que a resistência à fadiga ou a resistência a dor. Quanto mais elevado o status do indivíduo maior é a resistência à doença.

● Otimismo — É o mecanismo de defesa do Ego contra a angústia. É lançado mão pelo indivíduo quando este não acredita na sua possibilidade de cura.

● Temor do diagnóstico e do tratamento — A conscientização da doença, a atuação da equipe de tratamento e o tratamento a que será submetido constituem um mundo desconhecido e ameaçador. A percentagem de indivíduos que declaram sofrer dores é praticamente

igual nas diferentes classes sociais; a consulta ao médico é muito mais frequente nos níveis sócio-econômicos baixos (34% de indivíduos queixosos vão procurar o médico) do que nos níveis elevados (59% sem consulta) ².

1.1.2. Os Aspectos da Resistência — A forma mais comum de resistência a doença é a dificuldade de procurar o médico ou serviços de saúde. O indivíduo vê-se compromissado com a recuperação da sua saúde, porém sofre o temor do diagnóstico. Então, ele se medicará para alívio das dores mas não recorrerá ao médico. É válido também lembrar outro tipo de manifestação: procura o médico, conscientiza-se do diagnóstico, recebe o tratamento, porém não o executa.

Lembramos, aqui, os casos em que o paciente é internado numa unidade hospitalar, forçado pela família. Ele fisicamente se vê obrigado a permanecer na unidade, porém sua conduta se modificará. Dificultará toda a execução do tratamento ou se negará a recebê-lo. Exemplo: paciente coloca os comprimidos na boca, porém no momento em que o enfermeiro se afasta, joga-o no chão ou então em baixo do travesseiro ².

Diferentes graus de ansiedade podem acometer pacientes e familiares, por ocasião de uma hospitalização, principalmente quando há resistência a mesma, o limiar de ansiedade torna-se mais evidente. Junto a isto, poderá ser constatado que paciente e familiares estão pouco preparados para situações que enfrentam, mantendo-se, a maioria, na mais completa ignorância sobre o que está para acontecer. Nesse momento vê-se a importância da detecção dos dados acima citados para que o enfermeiro possa agir ³.

2. Aceitação da Doença.

Quando o indivíduo aceita a doença, procura o médico automaticamente e busca um apoio psicológico na equipe,

não só quanto ao diagnóstico, como ao tratamento.

Existem casos simples em que o paciente apresenta seus sintomas e rapidamente é estabelecido o diagnóstico com a indicação do respectivo tratamento. Porém em um terço dos casos se processa de outra forma. Os sintomas descritos pelo doente não são característicos, impedindo assim um diagnóstico. O doente procura os serviços da equipe de saúde com seu sofrimento e a apresentação da doença. Se a equipe avaliar este paciente nas primeiras fases do processo mórbido, poderá ser interpretado que tal paciente apresenta ou propõe diversas doenças. Ele continuará apresentar novas doenças até que se estabeleça uma que justifique suas queixas e a atuação da equipe. Em alguns casos a fase não organizada é curta e o doente consegue rapidamente organizar a sua doença. Outros persistem no estágio não organizado, continuando apresentar novidades à equipe. A escolha de doenças utilizáveis para cada um é determinada por sua constituição, sua educação, sua situação social, seus medos conscientes e inconscientes, a imagem que faz das doenças.

O problema só se apresenta no plano psicológico, nos casos em que os sintomas apresentados pelo doente, não permitem um diagnóstico. Porém o diagnóstico deverá preceder ao tratamento, na opinião do doente. Se o paciente começa receber o tratamento antes de ser feito o diagnóstico, o mesmo se irritará e se decepcionará. Se lhe for verbalizado de que não há sinais de doença, o mal entendido fica mais grave.

O indivíduo sentindo indisposição, acreditará que a equipe não foi capaz de sentir sua doença. Se o diagnóstico não for descoberto, o doente terá o sentimento de que deve lutar contra a equipe de tratamento².

O grau de sofrimento imposto pela doença, aliado à separação da família,

influirá negativamente sobre a adaptação do paciente ao hospital.

A boa interação com o paciente pode permitir ao enfermeiro o conhecimento do que o paciente pensa sobre sua própria doença. E haverá, então, oportunidade para esclarecê-lo, sempre que isso se fizer necessário, mesmo que, nos casos mais complexos, haja necessidade de encaminhamento a outros profissionais⁶.

O modo de reação à declaração do diagnóstico depende de inúmeros fatores. Estes, estão relacionados com a representação que o indivíduo faz dos perigos, que comportam sua doença e, as características psicológicas individuais. Temos, por exemplo, casos de pacientes rejeitados pela família. O enfermeiro, consciente da história do paciente, se comunicará com os demais profissionais para que sejam tomadas as devidas providências quanto a encaminhamentos para outros exames ou tratamentos. Isto facilitará e apressará a devolução destes indivíduos à sociedade²⁻⁸.

3. O comportamento na Doença.

Psicologicamente a doença se caracteriza por três elementos: o estreitamento do universo, o egocentrismo e uma atitude composta, ao mesmo tempo, de tirania e dependência. Esse conjunto de fenômenos aproxima o comportamento do doente ao de uma criança: trata-se essencialmente de um comportamento regressivo.

Os elementos do comportamento do doente podem ser discutidos sob três aspectos:

3.1 — A Dependência na Doença

O doente espera auxílio, está dependente. Esta dependência está relacionada à sua natureza e intensidade, à personalidade do doente, à equipe que o tratará e condições da doença. É importante lembrar o papel da personalidade do doente em certos casos. Existem doentes cujo estado de dependência

e isenção da responsabilidade lhes trazem satisfação. Há casos em que o paciente deve ser impelido a uma atitude regressiva independente, porque existem pessoas que precisam assumir e assumem maiores responsabilidades do que lhes cabe, principalmente quando estão doentes. Certos indivíduos aceitarão mais facilmente esta dependência, exemplo: os que sofrem de culpabilidade inconsciente ou que têm tendências masoquistas, estão prontos para aceitar certos esquemas ou modo de vida restrito, porque o sofrimento significa uma diminuição de sua culpabilidade. Em outros casos, toda a privação imposta devido a doença, pode ser considerada como vinda do enfermeiro. Numerosos pacientes experimentam, por exemplo, o sentimento de que bastaria ser o enfermeiro um pouco mais gentil e simpático para que lhes permitisse beber mais, deitar-se mais tarde, comer o que lhes aprouvessem, fumar mais vezes, etc.

É fácil observar o aparecimento progressivo deste sentimento de rancor, mas é muito mais difícil suprimi-lo ou mantê-lo. É difícil determinar o grau de dependência desejável em cada caso particular. Exemplo: Qual deve ser a frequência de visitas, num caso de um inválido crônico? Qual deve ser a duração de cada visita? Em que momento de uma doença aguda, em vias de melhora, as visitas cotidianas devem cessar? Foi concluído que a resposta a essas questões está longe de ser evidente e o bom-senso está longe de bastar; faltam técnicas corretamente válidas neste setor²⁻⁶.

3.2 — A Evasão.

Certas doenças propiciam ao paciente a fuga de suas dificuldades. Foram caracterizadas as doenças, que possuem esta função pelos seguintes critérios:

— os sintomas mórbidos são exagerados e o efeito do tratamento minimizado pelo doente;

— o humor do doente é pessimista;

— os sintomas são variáveis.

Psicologicamente, podemos considerar a evasão sob três aspectos:

a) A Retração — ela está ligada ao estreitamento do horizonte do doente, a ruptura de muitas das suas ligações com o meio. Esta retração pode, em certos indivíduos, ser acolhida como uma defesa para evitar os contactos e as situações desagradáveis.

b) A Introversão — juntamente com a retração do mundo exterior, desenvolve-se no doente um encolhimento sobre si mesmo. Seus interesses se localizam sob sua própria pessoa, não apenas sobre a pessoa física, mas igualmente sobre seu psiquismo. Em certos indivíduos com tendências à introversão, esta irá se manifestar e o doente encontrará as satisfações, que antes o meio ambiente não lhe propiciava, quando estava sadio.

c) A Regressão — acompanha-se da aparição de comportamentos infantis, alguns impostos ao doente. Exemplo: os cuidados de higiene, alimentação, sono e repouso, horário de visitas. Porém, para certos indivíduos, esta regressão constitui uma fuga de sua situação de adulto, que lhe era insuportável. Assim, tendemos a nos aproximar dos doentes, cujo sofrimento físico é mais evidente e nem sempre conseguimos atender devidamente aqueles que sofrem em silêncio. É freqüente encontrarmos pacientes calados, que não exigem nada, passando pelo hospital sem chamar a atenção e talvez saiam de lá com marcas indeléveis na sua personalidade²⁻⁶.

3.3 — Exaltação do Ego.

Por paradoxal que isto possa parecer, a doença pode criar no indivíduo, atingindo uma satisfação para o orgulho que ela lhe desperta. Aqui será salientado o papel do narcisismo na terapêutica, relembando o narcisismo como uma das tendências mais primitivas e mais poderosas do espírito humano. O paradoxo está no fato de que a doença é, a princípio, um perigo para nosso nar-

cisismo. Porém, a seguir este nos faz sentir um todo inviolável e imperecível, importante, capaz e, sobretudo, digno de ser amado.

Certos indivíduos teriam satisfação em ostentar uma bandagem porque esta evidencia sua situação de doente e será tratado como um personagem importante. Para alguma pessoa tal fato pode parecer insignificante, mas para o paciente, ele é importante e deve ser reconhecido como tal, tanto pelo seu ambiente como pela equipe que o trata. O narcisismo pode ajudar o enfermeiro no seu desempenho. O doente terá tanto maior confiança neste profissional, quanto maior impressão tiver de que este o considera um caso interessante. Não ficará satisfeito com o enfermeiro que o tranquilize demais, porque isso, fere seu narcisismo.

O narcisismo do doente é mais acentuado, quando o indivíduo possui um Status inferior e este é provisório e mal aceito. É mais evidente em crianças e velhos, que utilizam facilmente a doença para se revalorizar aos olhos dos que o rodeiam²⁻⁴.

IV — CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há somente indicações fragmentárias sobre as reações do doente à doença. Numa série toda de perguntas podem ser apresentadas aquelas onde é impossível, no estado atual de nossos conhe-

cimentos, dar respostas precisas: — Quais os indivíduos que resistem à doença? Quais os que utilizam da doença para resolverem suas dificuldades? Quais dificuldades podem ser resolvidas pela doença?

Ignoramos, por exemplo, até que ponto a dependência do doente é aconselhável em grande parte, como favorecê-la ou, ao contrário, se opor a ela. A importância dos problemas levantados, sugere pesquisas objetivas em um campo ainda pouco explorado.

O Enfermeiro, utilizando-se do conhecimento científico e atento ao poder da palavra, poderá manejar, quando necessário fôr, situações apresentadas por seus pacientes, estando sempre alerta para os fenômenos que ocorrerão por ocasião do relacionamento enfermeiro-paciente. Estes fenômenos mobilizarão sentimentos, ora positivos, ora negativos, oriundos do paciente para o enfermeiro e vice-versa¹⁻⁷.

V — CONCLUSÕES

1. O estudo das reações comportamentais dos pacientes hospitalizados é relevante para a elevação do nível de assistência de enfermagem.

2. As/os enfermeiras/os de clínica geral, devem realizar estudos mais aprofundados quanto às relações comportamentais dos pacientes, com vista a melhoria da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRUNNER, L. S. & SUDDARTH, D. S. — *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 3.^a ed. — Rio de Janeiro, Interamericana, 1977, p. 108-122.
2. DELAY, J. & PICHOT, P. — *Manual de Psicologia*. 3.^a ed. — Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1973.
3. DORA, P. C. & DONOSO, B. M. — Valores religiosos y morales como factores en el desenvolvimiento de enfermería. *Rev. Bras. Enf.* XXIX (3) : 23-26, 1976.
4. UCHÔA, D. M. — *Psicologia Médica*. São Paulo, Ed. Sarvier, 1976.
5. GONZAGA, J. G. — *Psicologia Médica e Psicossomática*. São Paulo Ed. Prelúdio, 1973.
6. HORTA, W. A. & KAMIYAMA, Y. — Estudo preliminar sobre o grau de satisfação do paciente hospitalizado em relação à assistência de enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, XXVI (1 e 2) : 31-92, 1973.
7. MARAGNO, J. A. — *Nudezas*. Porto Alegre, Gráfica A Nação, 1970.
8. NAKAMAE, D. D. — Preparo do paciente para alta hospitalar: descrição de uma situação. *Rev. Bras. Enf.*, XXIV (2) : 36-39, 1976.