

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**O CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM DOMICILIAR AO
PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E SUA FAMÍLIA: UMA
CONTRIBUIÇÃO PARA A REINserÇÃO SOCIAL**

CURITIBA

2004

ANA LÚCIA NASCIMENTO FONSÊCA

**O CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM DOMICILIAR AO
PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E SUA FAMÍLIA: UMA
CONTRIBUIÇÃO PARA A REINSERÇÃO SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração - Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda
Co-orientadora: Profa. Dra. Mariluci Alves
Maftum

CURITIBA

2004

Fonsêca, Ana Lúcia Nascimento

O cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar ao portador de transtorno mental e sua família : uma contribuição para a reinserção social/ Ana Lúcia Nascimento Fonsêca.- Curitiba, 2004.

xi, 120 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Paraná,

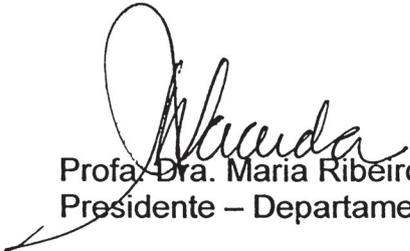
1. Cuidado transpessoal. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Transtorno mental.
4 . Cuidador domiciliar.

TERMO DE APROVAÇÃO

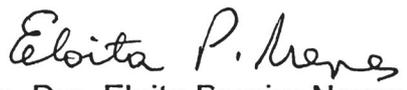
O CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM DOMICILIAR AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E SUA FAMÍLIA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A REINSERÇÃO SOCIAL

ANA LÚCIA NASCIMENTO FONSÊCA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:


Orientadora: Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda
Presidente – Departamento de Enfermagem, UFPR


Co-orientadora: Profa. Dra. Mariluci Alves Maftum
Membro Titular – Departamento de Enfermagem, UFPR


Profa. Dra. Eloita Pereira Neves
Membro Titular – Departamento de Enfermagem, UFPR


Profa. Dra. Ivete Palmira Sanson Zagonel
Membro Titular – Departamento de Enfermagem, UFPR

Curitiba, 29 de novembro de 2004.

Um olhar de amor profundo faz
desaparecer todo e qualquer
Aspecto imperfeito, porque não é uma
visão superficial e sentimental.
Quando olhamos os outros com a visão
do amor verdadeiro, alicerçada
Na consciência de sermos um com eles,
não vemos a imagem má.
Um olhar de amor profundo corresponde
à grandiosa força curativa de Deus.

(Seicho Taniguchi)

À Profa. Mestre Maria Neiva Barbosa Falleiros por acreditar em meu potencial, pelo incentivo, pelo exemplo de cuidadora e educadora e por me mostrar que é possível cuidar de forma diferente do portador de transtorno mental.

AGRADECIMENTOS

Àquele que foi fonte de luz e energia durante toda minha caminhada, quem providenciou tudo que foi necessário para que as coisas acontecessem, as pessoas, os recursos materiais, a minha saúde.

A ti, Senhor, que caminhaste lado a lado, me guiando e me mostrando que os obstáculos estavam ali para que eu pudesse crescer e ser uma pessoa melhor.

Aquele em quem encontrei a energia necessária para minha recomposição e que me possibilitou transcender nos momentos de cuidado e, assim compreender o ser cuidado além da matéria, fazendo com que eu enxergasse a sua imagem verdadeira.

É a ti senhor que agradeço ter dado mais este passo na caminhada do plano terrestre.

Aos meus pais, Jaime (*in memoriam*), com quem não pude compartilhar muito das conquistas no plano terrestre, mas que, com certeza, acompanhou-me de uma outra forma, e Edneusa, que possibilitaram mais esta etapa na minha evolução. À minha mãe, que foi pai e mãe, agradeço o exemplo de cuidado, a dedicação, o respeito e amor pelas pessoas, minha fonte de inspiração nos momentos de cuidado aos pacientes.

Ao querido e amado filho Pedro Paulo, fortaleza nos momentos de alegria e dificuldade, fonte de energia para seguir em frente nas minhas conquistas, que muito sacrifiquei com minhas ausências, agradeço-o existir em minha vida.

A toda minha família que, mesmo distante sempre, torceu e orou por mim, especialmente, a minha tia Célia e minha cunhada Margarete, sempre dispostas a me ouvir e ajudar nos momentos mais difíceis.

A minha amiga Maria, agradeço o cuidar da minha casa e de meu filho com tanto amor e dedicação.

A minha amiga Patrícia, a presença constante nesta minha caminhada, o apoio físico e emocional.

À Profa. Mestre Maria Aparecida Araldi, que cuida dos alunos de forma tão especial, o nosso feliz encontro na especialização me fez despertar para a docência e a pesquisa.

À Prof. Dra. Maria Ribeiro Lacerda que, ao orientar este estudo, deu exemplo real de o que é o cuidado transpessoal, ao me cuidar de forma tão afetiva, agradeço o compartilhar comigo de seus conhecimentos, a confiança e compreensão.

À Profa. Dra. Mariluci Alves Maftum, as valiosas contribuições, a disponibilidade e o apoio que ofereceu durante esta trajetória.

A todos os professores do Curso de Mestrado da UFPR que, com grande esforço e ousadia, exemplo de garra, força e luta pelo crescimento de nossa profissão, tornaram realidade o sonho do mestrado.

À Direção do Hospital Pequeno Príncipe agradeço possibilitar a minha saída para o mestrado e, em especial, à diretora de enfermagem e companheira de mestrado, amiga Irmã Maria de Lourdes, compartilhar os momentos de alegria e dificuldade, sempre cuidando e confortando de forma tão especial.

A toda equipe da UTI Pediátrica do HPP, em especial, à equipe de enfermagem, a compreensão e colaboração nos momentos de ausência.

A todas as colegas e amigas do Curso de Mestrado, os incentivos, o afeto e o aprendizado compartilhei com cada uma.

À equipe da unidade de saúde onde desenvolvi este estudo, principalmente, a enfermeira Jane e as agentes comunitárias Íris, Márcia e Carmem, a disponibilidade em me auxiliar nesta trajetória.

Aos meus amigos que, de diferentes maneiras, incentivaram-me, acreditaram-me e torceram para que eu conseguisse chegar até aqui.

A todas as pessoas portadoras de transtorno mental e sua família que, ao dividir comigo um pouco de suas vidas, tornaram possível a realização deste estudo.

SUMÁRIO

RESUMO	x
ABSTRACT	xi
1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVAS DO ESTUDO	1
1.1 OBJETIVO	8
2 VISÃO HISTÓRICA DO CUIDADO AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL	10
2.1 O CUIDADO À PESSOA PORTADORA DE TRANSTORNO MENTAL NO TEMPO.....	10
2.2 O CUIDADO À PESSOA PORTADORA DE TRANSTORNO MENTAL NO BRASIL.....	11
2.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA	14
2.4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E NO PARANÁ	18
3 REFERENCIAL DE CUIDADO TRANSPESSOAL AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E SUA FAMÍLIA	25
3.1 O PROCESSO <i>CLINICAL CARITAS</i>	30
3.2 CONCEITOS	35
3.2.1 Ser Humano-Doente Mental	35
3.2.2 Saúde-Doença Mental	36
3.2.3 Ambiente-Domicílio	37
3.2.4 Família	38
3.3.5 Enfermagem	39
3.3.6 Cuidado	40
3.3.7 Cuidado Domiciliar	41
4 PERCURSO METODOLÓGICO	45
4.1 TIPO DE ESTUDO	45
4.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	48

4.3 LOCAL DE ESTUDO	49
4.4 SUJEITOS DA PESQUISA – SELEÇÃO E DELIMITAÇÃO DOS CASOS.....	50
4.5 COLETA DE DADOS – TRABALHO DE CAMPO	51
5 RELATO DO CUIDADO TRANSPESSOAL VIVIDO	54
5.1 O CASO DE JÚPITER	54
5.2 O CASO DA FAMÍLIA PLANETAS – SATURNO, URANO, NETUNO E ESTRELA	61
5.3 O CASO DE MARTE	70
5.4 O CASO DA FAMÍLIA CONSTELAÇÃO	77
6 ANÁLISE DO CUIDADO TRANSPESSOAL VIVIDO	86
7 REFLEXÕES E CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO VIVIDO	92
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICE	106

RESUMO

O Movimento de Reforma Psiquiátrica que ora acontece no Brasil clama por transformações no cuidado à pessoa portadora de transtorno mental, de forma que ele possa ser atendido de maneira humana e integral, priorizando-se a sua reinserção social e incluindo-se a família nesse processo. Diante desse contexto e com vistas a atender ao preconizado pela reforma, neste estudo proponho aplicar um marco referencial para cuidar em domicílio do portador de transtorno mental e de sua família, com base nas minhas concepções pessoais da pesquisadora, no Processo de *Clinical Caritas* de Jean Watson e em outros autores que coadunam com essas idéias. O método escolhido é o estudo de caso, as informações foram coletadas mediante gravações dos momentos de cuidado e diário do pesquisador e apresentadas como narrativas. Dessa forma, o estudo traz contribuições para a prática do profissional enfermeiro, para o ensino e para pesquisa, na área do cuidado domiciliar a portadores de transtorno mental, que ainda é pouco explorada.

Palavras-chave: Cuidado transpessoal; reforma psiquiátrica; transtorno mental; cuidador domiciliar.

ABSTRACT

FONSÊCA, Ana Lúcia Nascimento. **Home nursing transpersonal care concerning patients who suffer from mental disorder**: contribution to social reintegration. 2004. Thesis (Masters Degree in Nursing) – Federal University of Paraná, Curitiba, Brazil.

The psychiatric reform movement that is taking place now in Brazil, call for changes in the way mental disorder carriers are cared of, in order to assure that they can be treated in a human and integrated manner and that their social reinsertion have priority and so that their families take part in such process. Facing this context and having in view to answer what the reform stands by, in this study I propose to apply a theoretical mark to take care of the mental disorder carriers and of their families at home, based upon my own personal conceptions as researcher, in Jean Watson's Clinical Caritas Process and in others authors that agree with these ideas. The method chosen is case study, the data were collected by means of recording of the caring moments and from the researcher diary and were presented as narratives. Thus, the study brings contributions to the nursing professional practice, to nursing teaching and to nursing research, in the area of home care to mental disorders carriers, which is still not much explored.

Key-words: Transpersonal care; psychiatric reform; mental disorder; home care.

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVAS DO ESTUDO

A história da doença mental mostra várias faces no decorrer dos tempos, porém, sempre predominaram parâmetros de tratamento que compeliram o ser humano portador de transtorno mental, aos poucos, a perder sua identidade e seus direitos e a ganhar estigmas, sendo excluído do convívio com as pessoas em sociedade. Essa condição é retratada por Falleiros (1996, p. 1), quando ela afirma que o paciente, “com o tempo, deixa de ser um cidadão com direitos e deveres, ou seja, perde sua cidadania, o seu sentido de vida e passa a ser considerado um número dentro das estatísticas, alterando sua condição de ser humano para a de doente crônico”.

Apesar disso, o cuidado ao portador de transtorno mental vem ganhando enfoque humanista, no qual a pessoa é valorizada na sua singularidade de ser humano. O movimento da reforma psiquiátrica, que ora está acontecendo no Brasil, prioriza a reinserção do paciente na sociedade, mediante políticas de saúde que visam diminuir o número de leitos em hospitais psiquiátricos e o tempo de internamento, aumentar o convívio do paciente com a sua família e a criar rede de assistência (BRASIL, 2001).

Nessa nova concepção de assistência ao portador de transtorno mental, entende-se a família como co-autora na promoção da cidadania, porém, observa-se que, na prática, o foco do cuidado ainda é, predominantemente, o indivíduo, marginalizando-se, assim, a família (FILIZOLA, 2003).

Aparentemente, a doença mental constitui processo mórbido de um membro isolado da família, conquanto, na realidade, comumente se evidencia que outros membros do seu contexto familiar também se encontram adoecidos, apesar de manterem aparência de sadios.

Nesse sentido, Bassitt (1992) citado por Esperidião (2001, p. 2) afirma haver “uma corrente dominante que acredita no papel da família na determinação do

surgimento de doença mental em um de seus membros, tornando-o bode expiatório sobre o qual são jogados todos os problemas”. Dessa forma, não apenas o paciente necessita de cuidados, mas também o núcleo familiar no qual ele está inserido. Esse autor diz que hoje é consensual que a família adquira condições de compartilhar seus problemas e contribuir para a desinstitucionalização do portador de transtorno mental, quando apoiada e orientada pelos profissionais da área.

O cuidado, que antes era dispensado ao portador de transtornos mentais exclusivamente por profissionais de saúde, em hospitais psiquiátricos, atualmente, é estendido para a família, porém, percebe-se que ela não está sendo preparada para assumir esse papel.

Lacerda (2000, p. 726) diz que “na maioria das vezes, pouca ou nenhuma orientação é dada sobre como, quando, onde e de que forma” deve-se cuidar de um ente querido “no seu retorno para o lar após o internamento e pouco se discute se esta orientação é consoante com a capacidade da família e condições do domicílio para viabilização do cuidado”.

A partir disso, a autora enfatiza que essa nova condição gera estresse inevitável, causando doença no cuidador familiar, quando ele já não está doente. Isso nos remete a pensar na necessidade de acompanhamento profissional que inclua também a família do portador de transtorno mental ou o seu significativo. Para a mesma autora, significativo pode ser qualquer pessoa que se responsabilize pelo cuidado de indivíduos com problemas de saúde.

Segundo Andrade e Rodrigues (1999, p. 102) “o esforço contínuo e muitas vezes solitário exigido no processo de cuidado, somado à idade do cuidador, bem como a outras responsabilidades, como a preocupação com os filhos, são fatores que culminam na deterioração física do cuidador”.

Nessa perspectiva, Leite (2000) relata que enfermeiros psiquiátricos reconhecem que, além de prestar cuidados humanizados, também é importante envolver a família dos pacientes na proposta de tratamento, para que ele ocorra com

efetividade. Não obstante, esses enfermeiros também reconhecem que, na realidade, isso ainda é incipiente.

No que tange a isso, Esperidião (2001, p. 3) afirma que “[...] cabe-nos crer cada vez mais na possibilidade de se construir uma nova ética no estabelecimento de relações indivíduo-sociedade, onde se insere a relação saúde-doença, possibilitando que as relações terapêuticas sejam estabelecidas entre cidadãos”.

Na minha trajetória profissional como enfermeira psiquiátrica e docente da disciplina Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, tenho freqüentemente me deparado com situações que me causam inquietações. O que leva o paciente psiquiátrico à reinternação em hospital psiquiátrico após período curto de permanência em seu domicílio? Por que, apesar das propostas de mudança na atenção à saúde preconizadas na reforma psiquiátrica, os portadores de transtorno mental, na sua maioria, continuam sendo internados em instituições psiquiátricas.

Em face a essa realidade e a partir da literatura pertinente, elegi o ‘cuidado de enfermagem domiciliar’ como uma estratégia de cuidado humano e efetivo a esses pacientes e suas famílias, corroborando o que é idealizado atualmente pela reforma.

Uma retrospectiva da história das ações de enfermagem mostra que o cuidar no domicílio não é uma nova idéia. Com respeito a isso, Araújo (2000, p. 117) cita as afirmações de Florence Nightingale:

[...] cresce a convicção de que em todos os hospitais, por melhor que seja a sua administração perdem-se vidas que poderiam ser poupadas; e que, via de regra, o pobre que recebesse assistência médica cirúrgica e de enfermagem se recuperaria melhor na oca miserável em que vive do que no mais refinado ambiente hospitalar.

O cuidado de enfermagem no domicílio vale-se da visita domiciliar como estratégia para seu ocorrer. Rosen (citado por REINALDO e ROCHA, 2002) diz que, no Brasil, as visitas domiciliares (VD) datam do século XIX, seguindo a tendência de assistência à saúde dos Estados Unidos e de países da Europa, porém, essas visitas, inicialmente, eram realizadas por pessoas leigas. Acreditava-se que, para se

transformar em nação, o Brasil teria de melhorar as condições de saúde da população. Para que isso acontecesse de forma efetiva, fez-se necessário preparar as enfermeiras, sendo criado um curso para formar enfermeiras visitadoras.

A assistência de enfermagem domiciliar, no Brasil, surgiu no intuito de prevenir a tuberculose, as doenças infantis e combater as epidemias, como a febre amarela e pestes, portanto, era uma forma de atenção primária de saúde à população, sendo que somente na década de 1980, essa forma de assistência incluiu o idoso e a pessoa portadora de transtorno mental (CUNHA, 1991).

Reinaldo e Rocha (2002, p. 38) dizem que “quando bem utilizadas, as VD reduzem custos hospitalares, melhoram prognóstico dos pacientes em alguns casos, e tem-se a oportunidade preciosa de educar não só o paciente, mas a família, ou seja, seus cuidadores”. As autoras relatam também que os pacientes portadores de transtornos mentais, ao retornarem ao domicílio após internamento integral, necessitam de cuidados de enfermagem especializado para auxiliá-los nas exigências da vida em comunidade, no intuito de evitar o asilamento e a deterioração do seu convívio social.

O cuidar do paciente portador de transtornos mentais e de sua família no domicílio foi vivido e experienciado por mim, no desenvolvimento da disciplina Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em um curso de graduação de uma Universidade Pública do Paraná. Essa experiência deu-se por meio de Projeto de Extensão, com alunos do curso de Graduação em Enfermagem, em parceria com a Secretaria municipal da Saúde de Curitiba, durante o ano de 2002. Naquele período, constatei a existência de uma lacuna no cuidado de enfermagem domiciliar ao portador de transtorno mental, no que se refere ao preparo, tanto dos profissionais de enfermagem envolvidos no cuidado como da família, para receber e conviver com esse paciente no domicílio.

Dentre as dificuldades encontradas pela família, destacam-se a falta de conhecimento da doença e inabilidade de reconhecer situações de crise, de agir

nessas situações e de se relacionar com esse doente. Quanto aos profissionais de enfermagem, destaca-se, como principal dificuldade, a inexistência de sistematização das ações de cuidado a esses pacientes e sua família, no contexto do domicílio.

Mediante essa problemática, tenho refletido sobre como os profissionais de enfermagem podem contribuir para que os portadores de transtorno mental e suas famílias recebam cuidado de forma efetiva e humana, para garantir-lhes cuidado integral à saúde e proporcionar-lhes oportunidades de adquirir conhecimentos que os auxiliem no relacionamento interpessoal com as pessoas com quem convivem, evitando reagudizações de transtornos e conseqüentes reinternações.

Reinaldo e Rocha (2002) acreditam que a abordagem ao paciente portador de transtorno mental e sua família, no contexto domiciliar, é um recurso no qual os profissionais da área de saúde podem compreender a dinâmica familiar, identificar as condições de envolvimento da família e acompanhar o cliente, com a intenção de favorecer sua reintegração no domicílio. Essa afirmação vem ao encontro de minhas concepções do processo saúde-doença mental, reitera a necessidade de preencher a lacuna que ainda existe no cuidado a esses clientes e me instiga a estudar e desenvolver uma nova maneira de cuidar nesse contexto.

Com o movimento de reforma sanitária, iniciado na década de 1970, que resultou na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a criação, a partir da Lei Federal 8.080/90, do Programa de Saúde da Família (PSF), o Estado propôs a organização das práticas voltadas para a atenção da saúde da família, tendo como foco a educação permanente.

Em paralelo ao movimento de reforma sanitária, ao final da década de 1970, surgiu, em 1973, o movimento de reforma psiquiátrica democrática italiana, que teve como plataforma a experiência do psiquiatra Franco Basaglia, na cidade de Trieste, em 1971, a qual levou à destruição do manicômio, produziu novas alternativas de cuidado àqueles que necessitavam de assistência psiquiátrica e originou a Lei 180/78 (DESVIAT, 1999). Esse movimento influenciou o processo de

reforma psiquiátrica vigente no Brasil.

Em relação ao paciente portador de transtorno mental, o que se percebe na prática é que, apesar dos movimentos de reforma, ainda são tímidas as ações de mudança e, até agora, surtiram pouco efeito, permanecendo os pacientes, na sua grande maioria, institucionalizados e assistidos em instituições psiquiátricas, com foco na internação (AMARANTE, 1994).

Esses movimentos culminaram com a criação da Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O autor do projeto foi o deputado Paulo Delgado, e seu projeto tramitou durante 12 anos no senado, até que finalmente a referida lei fosse aprovada (BRASIL, 2001). Em sua essência, essa lei visa à proteção dos direitos de cidadania, ao fim da expansão de leitos em hospitais psiquiátricos e a incentivar a construção gradual de novas alternativas assistenciais, com a finalidade de dar suporte aos usuários do programa de saúde mental e suas famílias, colaborando no processo de inserção social e diminuindo a hospitalização, o asilamento e a conseqüente exclusão do doente mental.

Todavia, desospitalizar não é suficiente, é preciso incluir a família no processo de cuidar, entendendo suas relações, dando-lhe suporte e cuidando dela, quando necessário. Diante desse contexto, acredito ser o cuidado de enfermagem domiciliar um dos recursos que podem favorecer o desenvolvimento de uma assistência de maior qualidade, com resolutividade e conforto para a pessoa portadora de transtorno mental e sua família.

Silva (2000, p. 145) corrobora essa idéia:

[...] quando do desempenho do papel profissional, a [a família] contemplamos ou nos inserimos em sua intimidade, deparamo-nos com uma intrincada complexidade na qual a família se revela como um todo orgânico vivo e onde é possível que a harmonia e o equilíbrio se instalem, por mais intensa que possa ser sua desorganização em decorrência de doença mental com a qual convivem.

Apesar da relevância da assistência domiciliar, principalmente em reduzir o

custo de tratamento, humanizar a assistência, bem como auxiliar na continuidade do tratamento, ainda são poucos os serviços que utilizam essa modalidade de cuidado domiciliar em saúde como forma de atender a pessoa portadora de transtorno mental e sua família. Contudo, estudos como de Waidman (1998), Stamm (2000) e Reinaldo e Rocha (2002) apontam a sua efetividade.

Já Cunha (1991) comenta que os serviços que existiam, na década de 1990, no Brasil, para pessoas portadoras de transtorno mental, Assistência Domiciliar de Enfermagem (ADE), vinculavam-se a instituições governamentais. Essa condição é reiterada, atualmente, no Programa Municipal de Saúde Mental de Curitiba, pois, no protocolo integrado de saúde mental, preconiza o domicílio como alternativa de tratamento, por meio da visita domiciliar multiprofissional (CURITIBA, 2003).

Diante desse contexto, realizei este estudo no intuito de contribuir para o desenvolvimento da profissão de enfermagem, em especial, e da enfermagem em saúde mental, em uma forma de cuidar ainda pouco explorada, tendo como base teórica algumas concepções pessoais que exponho em ítem seguinte e o Processo de *Clinical Caritas*, de Jean Watson (2003), para atingir o objetivo de cuidar de forma humana, garantindo a autonomia e liberdade do cliente, por meio do cuidado transpessoal de enfermagem.

Watson (2004, p. 7) explica que o cuidado transpessoal reside em um campo de cuidado, consciência e energia que transcende tempo, espaço e físico e se torna um com o campo de consciência universal (espírito), o infinito.

No cuidado transpessoal segundo Watson (1985, p. 7) “o indivíduo move-se ao encontro da harmonia com sua mente, corpo e alma”. Para essa autora, esse cuidado ocorre mediante uma relação transpessoal, na qual o ser enfermeiro co-participa com o ser cliente de sua situação e ambos a transcendem.

Transcender, na relação transpessoal, segundo Lacerda (1996), significa estar com o outro no corpo e no espírito, ir além do físico e do mental,

compartilhando o mesmo espaço e, ao mesmo tempo, respeitando sua individualidade. Essa relação acontece quando se entra no campo existencial, energético, um do outro, de forma intencional e se acompanha o que está emergindo do ser cuidado. A partir daí, o enfermeiro torna-se elemento ativo reconstituído.

Essa relação transpessoal é um lugar sagrado, não é uma técnica ou alguma coisa que a pessoa faz a outra, é um processo relacionado ao fundamento filosófico, moral e espiritual, é uma ontologia relacional, dar e enriquecer a vida de ambos, enfermeiro e cliente, ainda, “é honrar o dom da vida e o supremo chamado para expressar e engajar-se com o outro” (WATSON, 2003, p. 8).

Ao cuidar de forma transpessoal, a enfermeira faz uso de si própria para facilitar a reconstituição do ser cuidado, ou seja, o conduz à aquisição de um novo padrão, em que ocorra a unidade da mente e do espírito, o *healing*, que significa reconstituição (WATSON, 2003).

Reconhecendo a importância dessa forma de cuidar e a escassez de serviços que tenham essa modalidade de assistência às pessoas portadoras de sofrimento, psíquico surgiu a questão norteadora desta investigação: Como cuidar da pessoa portadora de transtorno mental e sua família, por meio do cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar?

1.1 OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa é descrever a vivência de cuidar de forma transpessoal do portador de transtorno mental e de sua família no seu domicílio.

A fim de atingir seus propósitos, este estudo divide-se em: no capítulo 2, apresento um pouco da história do cuidado ao portador de transtorno mental, enfocando ações importantes nos três níveis de governo, sobretudo estadual e municipal; no capítulo 3, específico o marco referencial de cuidado transpessoal e conceitos relacionados que embasam o estudo; no capítulo 4, descrevo o percurso metodológico utilizado; o capítulo 5 relato a experiência vivenciada, ao aplicar o

referencial escolhido no domicílio de portadores de transtornos mentais; o capítulo 6 contém a análise dos casos cruzados, como preconiza Yin (2001); finalmente, o capítulo 7, apresentam-se as reflexões e considerações resultantes da vivência de cuidar de forma transpessoal dos portadores de transtornos mentais e de sua família no contexto domiciliar.

2 VISÃO HISTÓRICA DO CUIDADO AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

Este capítulo destina-se ao breve relato das transformações que ocorreram em relação à percepção da pessoa portadora de transtorno mental e da doença mental e suas formas de tratamento, de acordo com o momento social, político e econômico da sociedade, nas diferentes épocas históricas, e que culminaram com o movimento de reforma psiquiátrica brasileira vigente.

2.1 O CUIDADO À PESSOA PORTADORA DE TRANSTORNO MENTAL

Ao percorrer a história da doença mental, torna-se evidente a interferência das forças econômicas, sociais, morais e políticas no seu entendimento e nas suas formas de cuidado.

Segundo Foucault, citado por Falleiros (1994, p. 26), “antes do século XVIII o tratamento era feito em lugares considerados terapêuticos, sendo a natureza o melhor lugar para corrigir os erros e dissipar as quimeras. Nessa concepção, o indivíduo era mantido na própria comunidade, sendo prescrito viagens, passeios, repouso, retiro, entre outros”.

Durante a Antigüidade e Idade Média, o louco era mantido no convívio com a família, sendo que os que faziam parte de famílias mais abastadas eram mantidos sob os cuidados de escravos e aos pobres era permitido vagar pelas ruas e realizar pequenos trabalhos nos mercados, sendo alvo de zombaria e violências.

No cristianismo, a loucura estava relacionada com a religiosidade, sendo a doença mental tomada como possessão demoníaca, por isso, os loucos eram marginalizados. A exclusão do doente mental do convívio com a pessoa sadia significava a salvação para quem a excluía e para quem era excluído.

No Renascimento, o pecado era concebido como sendo de natureza econômica e moral e surgiu o enclausuramento, o isolamento social. O internamento

era feito não para tratamento, mas como forma de afastar o louco da sociedade. Por vezes, o seu destino era a Nau dos Loucos, outras vezes, era a prisão (MIRANDA, 1994).

As casas de internamento surgiram no século XVII, como meio de segregação e exclusão para todos aqueles que eram considerados subvertores da ordem pública, sendo internados, indiferentemente, pobres, velhos, inválidos, mendigos e loucos, considerados incapazes, os quais eram submetidos ao trabalho forçado, como forma de sanção e controle moral (LUIS, 2000).

O hospital geral emergiu como forma de estabelecer a ordem e a moralização, via internação, e, assim, conforme Araújo (2000, p. 27), “o Estado vigia, pune, reeduca os ociosos e os loucos, cumprindo o ideal da cidade perfeita”.

Em meados do século XVII, a partir do movimento intelectual denominado Iluminismo, em conjunto com a Revolução Francesa, ocorreram mudanças políticas e ideológicas de relevância que influenciaram grande parte da Europa e da América, que contribuíram para transformar a compreensão à respeito do louco e de seu tratamento. Os pobres, inválidos, mendigos e outros doentes, como os leprosos, foram libertados, com exceção dos loucos, que, nesse período, passaram a ser objeto de trabalho da medicina e, por consequência, a ocupar um espaço próprio de tratamento. O médico era o agente de controle moral, em vez do Estado (MIRANDA, 1994).

2.2 O CUIDADO À PESSOA PORTADORA DE TRANSTORNO MENTAL NO BRASIL

No Brasil, a história de cuidado ao louco, até o século XIX, segue uma trajetória semelhante à de outros países, onde se evidenciou a estreita ligação que existe entre o momento político, econômico e a forma de perceber e tratar a loucura. Sendo assim, até antes do século XIX, segundo Amarante (1993), os loucos podiam ser encontrados em todos os lugares, menos em hospitais, ou seja, aos mansos, era

permitido perambular pela cidade, aldeias e campos e, em caso de comportamentos interpretados como violentos ou atitudes imorais, eram conduzidos às cadeias.

Percebe-se que ocorreu mudança apenas no espaço físico destinado ao louco, pois se continuava a cuidar desses pacientes de forma repressiva e excludente, agora não mais nas prisões, mas nas casas de internações. Miranda (1994, p. 60), ao descrever algumas técnicas utilizadas pelos médicos nos séculos XVII e XVIII, relata que eles estavam “mais interessados em controle ético do que em intervenção terapêutica”.

Na seqüência dos tempos, a loucura passou a ser um mal de ordem moral e econômica, o que originou o enclausuramento, o isolamento social, a internação, não para tratamento, mas para afastar o louco do convívio com a sociedade. Os loucos, até início do século XIX, eram levados para os porões das Santas Casas de Misericórdia, para serem afastados da sociedade, não sendo prestados a eles cuidados e, segundo Rezende, citado por Kantorski e Kuhn (1995), ali encarcerados, eles eram vítimas de espancamento, contidos e reprimidos, condenados a morrer por desnutrição e maus tratos e por doenças infecciosas.

Como conseqüência das transformações econômicas, políticas e sociais, ainda no início do século XIX, a loucura passou a ser vista como doença e, com isso, o louco ganhou um lugar próprio para reclusão e tratamento. No Brasil, inaugurou-se, em 1852, o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, dirigido pela Provedoria da Santa Casa de Misericórdia dessa cidade e pela igreja. Sendo assim, não se modificaram, portanto, as formas de cuidado dispensado a esses pacientes, permanecendo-os em estrutura asilar e de confinamento (AMARANTE, 1983).

Com a proclamação da República, o Hospício Pedro II ficou subordinado à administração pública, com o nome de Hospício Nacional de Alienados, em janeiro de 1890. Criou-se a Assistência Médico-legal aos Alienados e duas colônias para assisti-los, também no Rio de Janeiro, nos moldes europeus. De acordo com Kantorski e Kuhn (1995), as condições socioeconômicas associadas à superlotação

dos hospitais exigiram que se estabelecesse um critério científico para conter as internações, tornando necessário um corpo de conhecimento e uma legislação que legitimasse o processo de exclusão. Criou-se, assim, o Serviço de Assistência Médica ao Alienado e o Código Civil de 1916, no Brasil, que reforçaram a tutela sobre o doente mental, reconhecendo-o como absolutamente incapaz de exercer atos da vida civil e atribuindo-lhe condição de periculosidade.

A condição de periculosidade que lhe foi conferida, associada à incapacidade civil, servia para justificar a necessidade de exclusão social e de tutela, também por parte do Estado, dos bens dele. Essas condições encontraram reforço na legislação do presidente Getúlio Vargas de 1934, vigente até 2001. Com esta Lei admitiu-se o internamento compulsório (KANTORSKI e KUHN, 1995).

De acordo com Barros citado por JORGE (2000) em consequência da crise que surgiu no Hospício dos Alienados, provocada pela ascensão do médico ao poder dentro do asilo e a saída das religiosas, criou-se a Escola Profissional de Enfermeiros, dentro do hospício, por meio do Decreto 791, de 27 de setembro de 1890, tendo como modelo a escola francesa de Salpêtrière. O objetivo dessa escola era resolver o problema da mão-de-obra especializada, sendo a prática do ensino da enfermagem psiquiátrica desenvolvida desde seus primórdios, nos moldes asilares, com ênfase no confinamento e na vigilância.

Castro e Silva (2002, p. 56) dizem que, na metade do século XX, surgiram “os tratamentos psicossomáticos, como sonoterapia, choque insulínico, choque com metrazol, eletroconvulsoterapia, psicocirurgia e, mais tarde, na década de 50, apareceram os psicofármacos, que influenciaram fortemente o cuidado prestado”, pois os sintomas psicóticos eram mais controlados, permitindo diminuir, assim, os períodos prolongados de internamento.

Esses avanços na psiquiatria fortaleceram o tratamento realizado nos hospitais, mas em nada contribuíram para a desinstitucionalização. As tentativas de tratamentos não-asilares não encontraram espaço, sendo que um dos motivos era a

pressão exercida pelo setor privado de assistência à saúde.

Nos anos 1960, no Brasil, durante a ditadura militar, ocorreu aumento exagerado de hospitais psiquiátricos privados contratados pelo poder público. Eles foram chamados de 'fábrica da loucura', pois a entrada de um indivíduo no hospital levava-o à exclusão e privação da sua cidadania. A doença mental tornou-se, definitivamente, objeto de lucro, mercadoria (AMARANTE, 1993).

2.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Os movimentos de reforma psiquiátrica surgiram depois da Segunda Guerra Mundial, tendo como principal objetivo transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleciam com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido de superar o estigma, a segregação, a desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de existência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados.

A reforma psiquiátrica vigente no País, baseada no modelo italiano, é entendida por Kantorski e Silva (2001) como sendo um movimento de lutas organizadas, com vistas à desinstitucionalização do doente mental, e que coloca em foco a necessidade de buscar novas formas de tratamento e cuidado, de modo que sejam respeitadas as diferenças, privilegiando o entendimento da singularidade do sujeito e ações que combatam a sua exclusão.

Segundo Desviat (1999, p. 23), "os movimentos de reforma psiquiátrica iriam se diferenciar de acordo com as condições sociopolíticas de cada país, e mais concretamente, de seu sistema sanitário, juntamente com o papel outorgado ao manicômio".

Na Europa e nos Estados Unidos, a desinstitucionalização preconizada pela reforma tornou-se desospitalização, sendo, para os administradores, um programa de racionalização financeira, por meio de políticas de altas hospitalares e

redução do número de leitos. Nessa perspectiva, multiplicaram-se os serviços extra-hospitalares (ROTELLI et al., 1990).

O movimento de reforma italiana emergiu a partir de experiências práticas na Itália originando a reforma psiquiátrica democrática, na década de 1960, com base nas idéias de Franco Basaglia. A proposta teve início primeiramente em Gorizia, no período de 1961 a 1968, e depois em Trieste, no período de 1971 a 1979. As mudanças ocasionadas por essa reforma, no âmbito ideológico, bem como na assistência psiquiátrica, culminaram na promulgação da Lei 180/78, denominada de Lei Basaglia (ROTELLI et al, 1990).

A Lei Italiana 180/78 estabelecia a proibição de novas internações e a construção de novos hospitais, a criação de novas alternativas de tratamento, como os serviços comunitários, e aboliu o estatuto de periculosidade social do doente mental. Segundo Maftum (2004, p. 35), ela é “a primeira e única Lei que prescreve e regulamenta a extinção de hospitais psiquiátricos”. No entanto, essa é uma reforma que, na Itália, assim como nos demais países, teve desenvolvimento desigual, sendo concentrados recursos nas áreas mais ricas (DESVIAT,1999).

Foi na década de 1960 que, segundo Basaglia (1993), reacendeu com maior força o movimento de reforma do tratamento psiquiátrico. Nesse período, na Itália, Tomasini, por sua longa experiência em liderança e como operário, assumiu o cargo de secretário de saúde de Parma, e, nessa qualidade, deveria cuidar da assistência pública, psiquiátrica e social.

Como as demais províncias italianas, Parma, segundo o relato de Tomasini a Ongaro Franco Basaglia, contava com grandes concentrações de enormes institutos sociais, que acolhiam a infância abandonada, a velhice, a delinqüência juvenil e a doença mental. Nesse contexto, funcionava o manicômio de Colorno, que, na época, tinha 1.200 internos, atendidos por quatro médicos e 170 trabalhadores denominados de enfermeiros (BASAGLIA, 1993).

Nesse manicômio, como descreve Basaglia (1993), os doentes mentais

viviam em condições inimagináveis. Em míseros cômodos, encontravam-se cerca de 50 a 100 pessoas, nuas, seminuas, atadas, no meio de fezes, urina e sofrendo maus tratos.

Continuando o seu relato a Basaglia, Tomasini diz que essa condição era aceita por todos, e era tida como inevitável, porém, não era avaliado que os comportamentos apresentados pelos doentes não eram apenas produto da doença, mas, sobretudo, um modo de reagir à violência desumana da terapia (BASAGLIA, 2003).

Foi o deparar com essa condição, associado ao encontro de velhos companheiros de seu partido político, amigos e vizinhos, que mobilizou Tomasini e levou-o a questionar o que era a doença mental e em que deveria consistir o tratamento hospitalar. A partir disso, ele instituiu uma comissão de especialistas, professores, médicos, neuropsiquiatras e psicólogos, para juntos resolver os problemas de saúde mental do local. O primeiro passo, seguindo-se os princípios do “setor francês, em uso na época, foi descentralizar a assistência, dividindo o manicômio em tantos setores quantas eram as zonas territoriais da província” (BASAGLIA, 1993, p. 9).

Ao tomar conhecimento do que Franco Basaglia realizava como diretor, em um hospital psiquiátrico de Gorizia, com base no modelo da comunidade terapêutica, o qual tratava o paciente de forma distinta, e isso trazia conseqüências benéficas para o doente mental, Tomasini visitou-o e descreveu o que viu, como “um hospital vivo, cheio de gente que não se distinguia: não era fácil reconhecer doentes, médicos, visitantes, voluntários, enfermeiros e individualizar seus papéis” (BASAGLIA, 1993, p. 10).

Desse modo, foi a partir de seu encontro com Basaglia que Tomasini lançou um olhar crítico – e até de ódio – sobre a estrutura dos manicômios, o qual, associado à morte de um doente que trabalhava na casa de um diretor do manicômio, impulsionou a sua luta contra essa instituição. Contudo, Tomasini

encontrou, primeiramente, a resistência do corpo médico e paramédico, que, segundo ele, estava prisioneiro da velha cultura, de partidos e sindicatos, pois, naquela época, o hospital, manicômio, representava a única fonte de renda para eles (BASAGLIA, 1993).

Continuando o seu relato a Basaglia (1993), Tomasini menciona que, em 1967, Parma serviu como centro de debates entre profissionais de saúde, trabalhadores e professores que aderiram à associação para a luta contra doenças mentais, lideradas por um grupo de católicos, no intuito de trazer à população conhecimento de o que era o manicômio e os horrores que ali aconteciam. Houve também uma exposição fotográfica, realizada por dois fotógrafos italianos de destaque, sobre a realidade vivida por esses doentes, acompanhada por uma manifestação, na qual muitos enfermeiros desfilaram de camisas de força, como forma de denunciar as torturas do manicômio. Em 1969, aconteceu o movimento dos estudantes da faculdade de medicina de Parma, que ocupou o hospital de Colorno, apoiados pela administração provincial. Essa iniciativa serviu para conscientizar a cidade de um problema que era seu e ela não podia mais ignorar, e somente terminou com a apresentação, pelo Conselho Municipal, de um projeto concreto de saneamento do referido hospital.

Evidencia-se que apenas a lei não é suficiente para modificar a estrutura psiquiátrica existente, pois se faz necessário realizar um trabalho cultural com a população, no sentido de desmistificar a loucura, além de mobilizações populares e construção de serviços alternativos de assistência. Quanto à desospitalização, Rotelli (1999, p. 32) diz que “o objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre instituição e os sujeitos e, em primeiro lugar, os pacientes”.

A diferença fundamental da desinstitucionalização italiana, de acordo com Rotelli (1999, p. 35) é que:

[...] ela está baseada na utilização dos recursos e dos problemas internos da estrutura em decomposição para construir pedaço por pedaço as estruturas externas. Essas nascem para “acompanhar” de perto os pacientes fora do manicômio e construir as “alternativas” (e a cultura necessária): os serviços territoriais, os plantões psiquiátricos noturnos em hospital geral, as cooperativas, as casas para os pacientes, os bares e os refeitórios de bairro, os jogos, os laboratórios de teatro etc. [...].

A experiência de Franco Basaglia, na direção do hospital de Trieste, iniciou uma reforma que fundamentou a psiquiatria democrática Italiana, no período de 1971 a 1978, e influenciou diversos países, inclusive o Brasil (BASAGLIA, 1993). De acordo com Rotelli (1999), o hospital de Trieste, que contava com 1.200 pacientes internados, foi progressivamente esvaziado, sendo extinto oficialmente em 1980, não havendo atualmente nenhum outro lugar de internação. Em substituição à internação, desenvolveu-se grande variedade de serviços e espaços de intervenção, como centros de saúde mental; plantão psiquiátrico em hospital geral; cooperativas; centros para tóxico-dependentes; serviço psiquiátrico no interior do cárcere.

2.4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL , PARANÁ E CURITIBA

O movimento de reforma psiquiátrica, no Brasil, iniciou no fim dos anos 1970, sendo influenciado pelo modelo italiano. Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei 3.657, no qual reivindicava a extinção progressiva das instituições públicas manicomiais e a regulamentação dos direitos dos doentes mentais. Esse projeto de lei tramitou durante 12 anos antes de ser aprovado pelo Congresso Nacional. Segundo o deputado Paulo Delgado, isso se deveu à resistência cultural, que compreende de forma parcial e equivocada a doença mental, e também à pressão por parte dos donos de hospitais e laboratórios, que transformaram a assistência ao portador de transtorno mental em uma indústria da loucura, cujo objetivo maior era o lucro financeiro, e que movimentava, e ainda movimenta, muito dinheiro (LOBOSQUE, 2001).

No Brasil, segundo Maftum (2004), a reforma psiquiátrica teve como força impulsionadora às diversas e constantes denúncias e matérias publicadas em jornais

e televisão sobre os maus tratos sofridos pelos pacientes internos em hospitais psiquiátricos em todo o País.

Rotelli (1999) conta a primeira experiência brasileira de reforma psiquiátrica, cuja base foi o modelo italiano e que ocorreu na Casa de Saúde Anchieta, situada em Santos, São Paulo. A partir de uma auditoria realizada em 3 de maio de 1989, pela prefeitura municipal, com a participação de vários setores da sociedade civil, confirmaram-se diversas irregularidades, já denunciadas pela imprensa, havia meses. Tal situação provocou mudanças radicais na qualidade da assistência ao doente mental naquela instituição, de forma que Santos foi a primeira cidade a desconstruir o manicômio e a criar uma rede de serviços substitutivos, servindo de modelo para o processo de reforma em todo País.

Como se percebe, o grande agente da reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo foram as diversas lutas sociais organizadas. De acordo com Amarante (1997), o primeiro e o mais importante movimento brasileiro, nesse sentido, foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), iniciado em 1978, por médicos psiquiatras, que denunciava as precárias condições a que os internos dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde eram submetidos. Esse movimento estabeleceu uma agenda para o setor, sob o título de Reforma Psiquiátrica, que deu início à estratégia de desinstitucionalização, no âmbito das políticas públicas.

Amarante (1997) expõe que os diversos movimentos, de diversas categorias, como: estudantes, trabalhadores e outros, por meio de discussões sobre a situação da assistência psiquiátrica brasileira, geraram uma articulação nacional, que culminou com o primeiro grande encontro de trabalhadores da área, realizado no Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978, conhecido como o 'Congresso de Abertura'.

Segundo Delgado (2001), o Brasil obteve avanço significativo na redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos e implementação de novos serviços, porém, em alguns estados brasileiros, ainda é marcante o hospital psiquiátrico, como

recurso terapêutico único.

Ao falar sobre o movimento de Reforma Psiquiátrica no Estado Maftum (2004, p.44) nos diz que:

No Paraná, a Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde vêm trabalhando no processo de Reforma Psiquiátrica desde 1994, por meio de encontros de profissionais, docentes e usuários da Área de saúde mental, objetivando a conscientização da necessidade de avanços na implantação e implementação de serviços voltados ao enfoque da interdisciplinaridade, que atendam as pessoas com sofrimento mental em fase aguda e fora dela.

Ainda, para essa autora, as conferências estaduais e municipais de saúde têm-se constituído em espaços para discussão do tema. Relata ela que, em 1997, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) realizaram a I Conferência Municipal de Saúde Mental de Curitiba, tendo como tema 'Construindo um modelo de atenção à saúde mental em Curitiba'. Essa conferência foi um grande fórum, com representantes de escolas, hospitais, clínicas e usuários.

Novas conferências têm acontecido periodicamente, trazendo recomendações que auxiliam na organização no Plano de Saúde Mental do estado e dos municípios, como as Conferências Estaduais de Saúde, realizadas em 1992 e 2000, pelo Conselho Estadual de Saúde.

Antes mesmo de o Projeto de Lei 3.657 de 1989 ser aprovado, nove leis estaduais foram promulgadas. No Paraná, em 1995, promulgou-se a Lei Estadual 11.189 de 1995, de autoria do então deputado estadual Florisvaldo Fier, médico pediatra, conhecido por Doutor Rosinha e, em Curitiba, promulgou-se a Lei Municipal 9.000/96, ambas com o mesmo teor do projeto de lei do deputado Paulo Delgado, isto é, buscam, dentre outros enfoques, a desospitalização e a ressocialização dos portadores de doenças mentais, bem como a promoção da cidadania a eles (CURITIBA, 2000).

Até antes de 1940, em Curitiba, a atenção à saúde mental era realizada exclusivamente por hospital psiquiátrico, de modo que o atendimento ambulatorial iniciou em 1944, como serviço especializado, pelo Dr. Arnauld Gilbert, psiquiatra do

Ministério da Saúde (VENETIKIDES et al, 2003).

Mais tarde, o Ambulatório Especializado de Saúde Mental foi ampliado, em 1976, passou a chamar-se Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM) e transformou-se em pronto-atendimento. Ainda nessa época, criaram-se outros ambulatórios públicos e ambulatórios privados, que foram credenciados pelo INAMPS (VENETIKIDES et al, 2003).

No final da década de 1970, foi implantada a porta de entrada única para internações psiquiátricas, em Curitiba e Região Metropolitana, pelo CPM/SESB, como primeira tentativa de ordenar e regular as internações locais, com vistas à redução do número de internações e do tempo de permanência no hospital (VENETIKIDES et al, 2003).

Ainda de acordo com essa autora, foi em 1989 que surgiu um 'grupo de apoio em saúde mental', o qual sistematizou uma proposta de regionalização dos serviços. Esse grupo reunia-se semanalmente, com técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e de outras secretarias do governo municipal, estudantes de psicologia e de psiquiatria, líderes comunitários e usuários.

Dessas discussões, duas ações foram relevantes para a mudança do modelo de assistência em saúde mental: a incorporação de ex-alcoolistas como agentes de saúde contra o alcoolismo e um conjunto de oficinas de discussão para sensibilizar para o trabalho em equipe e para o tema específico de saúde mental (VENETIKIDES et al, 2003).

Outro ponto histórico importante na criação de um modelo de atenção à saúde mental pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba foi, segundo Venetikides (2003), o estabelecimento da constituição básica para a equipe de saúde mental das oito regionais de saúde, a qual deveria ser composta por um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social. A partir das discussões de um grupo formado em 1991, a equipe foi constituída por um psiquiatra, um psicólogo e uma enfermeira psiquiatra.

Em 1993, os resultados do trabalho de um grupo de psicólogos sobre a realidade em saúde mental de suas áreas de trabalho, realizado com funcionários e usuários da unidade de saúde, foi apresentado em seminário aberto a profissionais e pessoas da comunidade. Nesse momento, discutiram-se, principalmente, o despreparo das equipes das unidades de saúde e a importância de melhor capacitação, para atender às demandas de saúde mental (VENETIKIDES et al, 2003).

Inicialmente, 25 profissionais foram capacitados em saúde mental comunitária, com participação direta de dois profissionais do Canadá. Na sequência, em 1995 e 1996, a Pontifícia Universidade Católica do Paraná tornou-se parceira da Secretaria Municipal da Saúde e realizou um curso de especialização em Saúde Mental Comunitária, que formou 35 profissionais da rede municipal de saúde, CPM, Núcleo Terapêutico Menno Simons (VENETIKIDES et al, 2003).

Foi em 1994 e 1995 que, de acordo com Venetikides (2003), a Secretaria Municipal de Saúde estabeleceu parceria com o Canadá, por meio do Núcleo Terapêutico Menno Simons, e, após diagnóstico situacional, construiu coletivamente uma proposta de trabalho em saúde mental.

Maftum (2004, p.45), ao comentar da importância da renovação de pensamentos, concepções e modo de assistir em saúde mental, descreve informações divulgadas por Gomes (1999), em reportagem ao jornal estadual Gazeta do Povo, a respeito do panorama da saúde mental do Estado: “No Paraná havia, na época anterior ao início do programa de reintegração iniciado em 1996 pelas Secretarias Estadual e Municipal da Saúde, cerca de 3.8000 doentes mentais, abandonados pelos familiares [...] asilados. Apesar deles terem condições de conviver com a família e outras pessoas [...]”.

As leis estadual e municipal nortearam a implantação do Programa de Saúde Mental em Curitiba, criando novas alternativas de tratamento, em substituição ao internamento integral, sendo viabilizados, aos inscritos no programa,

procedimentos ambulatoriais, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital Dia (HD), consultas psiquiátricas, psicologia e terapia de grupo, pronto atendimento nas unidades de saúde Albert Sabin e Boa Vista, além de medicação psiquiátrica na Farmácia Curitibana (CURITIBA, 2003).

Como forma de resolver a problemática dos pacientes asilados, a Secretaria Municipal de Curitiba, em conjunto com a Associação Arnaldo Gilberti (organização não-governamental para atendimento de pacientes com transtorno mental), inaugurou, em 2002, a primeira residência terapêutica do Paraná. Esse processo de reintegração contava com o apoio das equipes de saúde da família da unidade de saúde do bairro e, ainda, com um musicoterapeuta, uma psicopedagoga e um 'cuidador' para cinco ex-moradores de hospital psiquiátrico (CURITIBA, 2003).

Maftum (2004, p. 47) ao comentar o cenário do Programa Estadual de Saúde Mental do Paraná, descreve que, atualmente, conta-se com:

[...] 19 hospitais psiquiátricos com 4776 leitos, 5 hospitais dia, com 265 vagas e 5 hospitais gerais com 118 leitos psiquiátricos. Destes, 291 leitos integrais são públicos e 4485 são privados/filantropicos. Os serviços extra-hospitalares incluem 15 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), distribuídos em nove municípios; 44 ambulatórios de Saúde Mental; 2 Residências Terapêuticas em Curitiba e uma Casa de Progressão em Pinhais; 8 Associações de Usuários e Familiares [...]

Diante do que foi relatado até aqui, percebe-se que, apesar das importantes mudanças ocorridas, muito ainda têm de ser feito para que os resultados sejam efetivos, ou seja, para que esses pacientes reconquistem sua cidadania, mediante sua inclusão na sociedade. Nesse sentido, de acordo com Maftum (2004), a reforma psiquiátrica trata de um processo em que estão envolvidos três campos: o jurídico, o assistencial e o psicossocial, os quais têm a mesma importância e devem avançar juntos, no que diz respeito às mudanças nesse sentido, porém, essas transformações devem refletir preocupação com o coletivo.

Nesse cenário de mudanças, Maftum (2004) fala da importância de preparar e conscientizar a família e a coletividade sobre o processo de saúde e doença mental e sobre como acolher esse paciente no domicílio e cuidar dele.

Descreve a autora (p. 50) que: “Tímidas são as iniciativas de trabalho que envolvem os familiares; porém essa é mais uma área em que os profissionais de enfermagem precisam desenvolver habilidades para incluí-la no seu cotidiano”.

Sendo assim, acredito que a reforma psiquiátrica que se vivencia hoje clama por iniciativas que contribuam para a desmitificação do portador de transtorno mental e sua reinserção na sociedade, não sendo suficiente apenas o estabelecimento de leis, mas sim transformações na maneira de perceber e compreender essas pessoas, tanto por parte dos profissionais que oferecem o cuidado quanto por parte de cada cidadão.

3 REFERENCIAL DE CUIDADO TRANSPESSOAL AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E À SUA FAMÍLIA

Diante das transformações que a reforma psiquiátrica busca, no que se refere ao cuidado à pessoa portadora de transtorno mental, com foco na mudança da relação entre o profissional e o ser cuidado, de maneira que este seja valorizado como pessoa em sua totalidade, respeitando-se os seus direitos como cidadão, faz-se necessário utilizar um referencial que sustente essa nova concepção de cuidado.

Segundo Stamm (2000, p. 42), “A enfermagem, como profissão, cuida de pessoas, grupos, famílias e comunidade, [...]. Para que isto aconteça de maneira coerente, necessário se faz o uso de referencial teórico que sustente o trabalho da enfermeira, isto é, teoria e prática caminhando juntas”. Além disso, Neves (2001, p. 299) diz que o referencial escolhido necessita ser “consistente com um paradigma que considere a enfermagem como ciência humana e prática do cuidado”.

Durante a disciplina do mestrado Bases Teóricas e Filosóficas do Cuidar, tive a oportunidade de conhecer diferentes teorias no campo da enfermagem, porém, logo me identifiquei com Watson (1979, 1985, 1999, 2003, 2004), devido a sua teoria apresentar uma conotação espiritual do cuidado, possibilitando, assim, atender o ser portador de transtorno mental em sua totalidade (corpo, alma, espírito), além de distanciar o cuidado do modelo biomédico já institucionalizado.

Desse modo, elegi o Cuidado Transpessoal de Enfermagem de Jean Watson (1979, 1985, 2003, 2004), para nortear e sustentar o cuidado de enfermagem à pessoa portadora de transtorno mental e sua família, no domicílio, ou seja, um referencial teórico fundamentado em valores existenciais humanista-altruístas, que estimula o desenvolvimento, autoconhecimento e autocontrole do ser cuidado (o portador de transtorno mental e sua família), propiciando-lhe condições de se tornar responsável pelo seu próprio cuidado e, se possível, conduzindo-os à reconstituição e recomposição (*healing*) de sua saúde.

Watson (2003) diz que, para que o enfermeiro possa facilitar e promover a reconstituição do ser cuidado, é necessário entender o CUIDAR como FIM em si mesmo, e não como MEIO para cura médica. Recompôr e reconstruir, a partir do CUIDAR do enfermeiro, refere-se a auxiliar a reconstituição da própria pessoa, as perdas, os sentimentos, suas dificuldades existenciais, facilitando-lhe a aceitação de sua vida, mediante uma relação de ajuda, confiança, cuidado, amor, imbuídos de um compromisso ético. Sendo assim, *healing*, para Watson (2003), é compreendido no sentido de recomposição e reestruturação da saúde da pessoa, da mente, do corpo e da alma, numa unicidade, e não no sentido de cura.

Para desenvolver o modelo de cuidado-restauração transpessoal, Watson (2003) descreve algumas premissas básicas: 1) É preciso haver uma visão expandida da pessoa e do que significa ser humano. Ser totalmente incorporado, mais do que corpo físico e espírito, envolve uma consciência transpessoal, transcendente, uma unidade mente-corpo-espírito, pessoa-natureza-universo como unidade, conectados entre si; 2) Reconhecer o campo de energia vital do homem-ambiente e o campo universal da consciência, há uma mente universal; 3) Entender a consciência como energia, sendo essa consciência do cuidado-restauração primordial para os cuidadores; 4) O cuidado potencializa a restauração, a totalidade do ser; 5) Os processos de relações de cuidado-restauração são considerados sagrados; 6) Ter a consciência unitária como visão de mundo e cosmologia, isto é, ver a conexão do todo; e 7) Compreender o cuidado como uma função global convergente para enfermagem e a sociedade de forma mútua.

Neste estudo, considera-se que essa reconstituição do ser portador de transtorno mental desenvolver-se-á, à medida que ele resgata o direito à cidadania, insere-se na sociedade e recebe o cuidado em sua individualidade, ou seja, quando não precisar mais de isolamento para ser tratado, não mais for um número na fila de medicação, não mais precisar ficar sem seus pertences, submeter-se a corte de cabelo ou tornar-se assexuado e inválido.

Nesse sentido, o enfermeiro necessita, segundo Watson (2003), transcender o papel profissional para o qual foi formado e emparelhar a sua humanidade com a humanidade do ser cuidado, estando presente com a pessoa e para ela, por meio do que a autora chama de relação transpessoal.

A relação transpessoal, de acordo com Watson (2003, p. 5), é

[...] um cuidado atencioso-reconstituidor, que contém reverência, se realiza num espaço sagrado considerado não uma técnica ou algo que a pessoa faz pelo outro. É um processo que relaciona a filosofia moral à fundação espiritual; uma ontologia relacional: que é vida em relação sendo uma troca que enriquece ambos – enfermeira e cliente.

O cuidado transpessoal tem sua estrutura no processo *clinical caritas* e concretiza-se no momento de cuidado. O processo *clinical caritas*, para Watson (2003), relaciona-se a altruísmo, amor e serviço humano compassivo.

Nessa sua mais recente abordagem do cuidado, Watson vai além e explica que o ser pertence antes de ser, isto é, está conectado à infinidade do universo, e um ao outro, lado a lado, sem considerar tempo, espaço e limites nacionais, o que chama de *Communitas* pertencer, conectar-se é a unidade de Ser e Relações. Ela refere ainda que “O processo *clinical caritas* vem abordar o outro com delicadeza, com sensibilidade, dando atenção especial, exercitando uma atenção cuidadosa, aquilo que pode ser chamado uma atenção de fino trato, que é algo realmente precioso” (WATSON, 2003, p. 5).

O processo de *clinical caritas* é um modelo emergente de cuidado transpessoal, que se modifica de fatores carativos (Watson, 1995), os quais dão forma e estrutura à teoria da ciência e cuidado humano e auxiliam as enfermeiras na resolução de problemas de forma criativa. Com o avanço de estudos sobre esses fatores, idéias e a sua própria teoria, entendendo que esse modelo era estático e restritivo, Watson substituiu-o pelo processo *clinical caritas*. Essa perspectiva integrativa expandida é pós-moderna, no sentido que transcende os modelos industriais convencionais, modelos estatísticos de enfermagem, quando simultaneamente evoca ambos passado e futuro (WATSON, 2004).

Devido a esses avanços e essas reformulações, Watson (2003) relata que outros aspectos estão emergindo de sua teoria, como: uma expansão da visão de *self* e pessoa (ser como unidade transpessoal, mente-corpo-espírito; espírito em um corpo); consciência de cuidado em si (intencionalidade para cuidar e promover reconstituição); consciência de cuidado como energia no campo ambiental humano de um momento de cuidado, campo fenomenal, consciência unitária; totalidade contínua; e conexão entre tudo e todos.

Watson (2004) também afirma que a reconstituição do ser, no momento de cuidado, manifesta-se em campo de consciência e intencionalidade da enfermeira, pois, à medida que ela adentra o espaço vital ou o campo fenomenológico da outra pessoa, torna-se capaz de detectar a condição do outro ser no estado de alma, espírito. Essa consciência de cuidado inclui pressupostos, como: o amor está contido em um determinado momento de cuidado; e a pessoa que cuida e a que é cuidada estão conectadas uma com a outra e com energia superior do universo.

Assim, compreende-se o momento de cuidado como sendo um campo existencial e energético, um ponto decisivo, um chamado para as mais elevadas e profundas consciência e intencionalidade, uma escolha autêntica de cuidar/viver (WATSON, 2003).

Essas consciência e intencionalidade no momento de cuidado requerem da enfermeira autenticidade em ser e tornar-se um, ou seja, a enfermeira e o cliente, em conjunto, formam uma unidade, dada a habilidade de estar presente consigo e com o outro, de forma reflexiva, a habilidade de centrar a consciência e a intencionalidade no cuidado-reconstituição e na totalidade, em vez de na enfermidade, doença ou patologia (WATSON, 2003).

Diante desses aspectos, para realizar o cuidado transpessoal com a pessoa portadora de transtorno mental, acredito ser imperioso desmistificar esse ser. Para isso, é necessário despir-se dos preconceitos de periculosidade, irrecuperabilidade, incapacidade, percebê-lo como um ser dotado de energia

que, nesse determinado momento, encontra-se desorganizada e que, para se reorganizar, precisa estar em harmonia consigo e com o outro, com todos e com o universo, a começar consigo e com o seu primeiro espaço de relações, que é a sua família.

Também, é preciso entender esse ser humano além do físico, nesse caso, enxergá-lo além de seu transtorno mental. Ele é corpo, mas também mente e alma, e, por mais afetado que esteja em seu campo fenomenológico, existirá sempre uma possibilidade de reconstituição.

Watson (2003) alega que a habilidade da enfermeira de conectar-se com o outro na relação transpessoal, no sentido de espírito com espírito, expressa-se por intermédio de gestos, expressões faciais, procedimentos, informação, toque, som, verbalizações e outros meios de comunicação humana, manifestados na arte humana da enfermagem ou nas modalidades intencionais de cuidado-reconstituição. Essas modalidades de cuidado-reconstituição potencializam a harmonia, a totalidade e unidade do ser, liberando os bloqueios energéticos que interferem no processo de reconstituição natural, auxiliando-o a acessar seu ser interior e a utilizar a energia vital.

No momento de cuidado, o campo fenomenológico do ser cuidador conecta-se com o campo fenomenológico do ser cuidado, a partir da escolha ética dele, numa consciência de mais alta e profunda intencionalidade, num momento de cuidado autêntico, em busca da reconstrução. Para que tal fenômeno aconteça, é preciso que o cuidador esteja com seu campo fenomenológico organizado, recomposto, pois ele, ao entrar no campo do ser cuidado, na intenção da recomposição do outro, deixará marcas e será marcado por essa experiência. Além disso, o cuidador será o referencial para o paciente nos momentos de crise.

Campo fenomenológico, de acordo com Lacerda (1996, p. 4), é a “sensibilidade, a percepção e a compreensão consciente do homem de significado e valores sociais e morais, próprios de cada ser, no contexto da espacialidade e

temporalidade do seu *self*".

Esse modelo de cuidado transpessoal para Watson (2003), é passível de ser lido, estudado, aprendido e até mesmo ensinado e pesquisado, mas, para adentrar nesta abordagem de cuidado de enfermagem, a pessoa precisa experienciá-la.

Para tal, a enfermeira envolvida nesse modelo de cuidado precisa compartilhar seus valores e crenças e precisa conceber o ser humano como corpo, mente e alma. Precisa, ainda, estar interessada em sua própria evolução, estar interessada e comprometida em expandir a consciência e as ações de cuidado para consigo, para os outros e o universo, mudar seu foco de orientação de ciência médica, técnico-cura, para um modelo de amor-recomposição.

No que tange aos facilitadores do desenvolvimento pessoal do enfermeiro que adota o cuidado transpessoal, Watson (2003) menciona as experiências de crescimento pessoal, como modelos para o despertar espiritual da enfermeira, tais como: psicoterapia, psicologia transpessoal, meditação e trabalho bioenergético.

Com isso em mente e para determinar o marco referencial que dará sustentação teórica para atingir o objetivo proposto neste estudo, usei minhas concepções e experiências relativas aos conceitos de ser humano, saúde-doença mental, ambiente e domicílio, enfermagem, família e cuidado domiciliar associadas a idéias de outros autores, que coadunam com as minhas. Busquei apoio, ainda, no processo *clinical caritas* de Jean Watson (2003).

3.1 O PROCESSO *CLINICAL CARITAS*

Segundo Watson (2003, p. 75), o processo *clinical caritas* em substituição aos fatores carativos, compõe-se por dez elementos de cuidado, os quais são descritos a seguir.

1 Praticar o amor, a gentileza e a equanimidade, no contexto da

consciência de cuidado

O momento de cuidado deve estar imbuído de valores essenciais, como amor, gentileza, imparcialidade, compreendendo-se a arte humana da enfermagem como um dar e receber, crescer e receber por toda uma vida. O cuidado dá-se de forma intencional, por escolha inicialmente da enfermeira, porém, acontece de maneira reconstituidora, quando a pessoa que cuida de forma amorosa e gentil adentra o espaço vital da pessoa cuidada, com a consciência de que há conexão entre ambas e entre elas e o universo.

2 Ser autenticamente presente, fortalecer e sustentar o profundo sistema de crenças, mundo de vida subjetivo do ser cuidado

O enfermeiro, a partir de seu marco de referência, ao conectar-se com o outro, honra-o e considera-o. Ele deve buscar um sentido existencial e de transcendência nesta conexão, envolvendo alma e espírito. É necessário ir além da ciência moderna, sem se contrapor a ela, mas lhe acrescentando fé e esperança, para fortalecer ainda mais a pessoa cuidada diante das diversidades da vida.

3 Cultivar práticas próprias espirituais e do 'eu transpessoal', ultrapassando o próprio ego

Para haver interação verdadeira entre enfermeiro e ser cuidado, é necessário agir de modo sensível. No momento em que o enfermeiro busca aumentar sua sensibilidade, ele torna-se mais autêntico e isso conduz ao autocrescimento e à auto-realização. Para tanto, faz-se necessário cultivar as próprias práticas espirituais, possibilitando a conexão com o espírito. À medida que a pessoa se torna mais consciente, torna-se mais sensível. Essa sensibilidade possibilita ao enfermeiro transcender na relação, não permitindo que as diferenças (crenças e valores morais) tornem-se obstáculo, assegurando o respeito à

individualidade da pessoa cuidada.

4 Desenvolver e manter a relação de ajuda-confiança no cuidado autêntico

A interação deve ser calcada em sentimentos de respeito, honestidade e verdade, de forma a promover a aceitação do outro, sem julgamentos. A utilização da comunicação verbal e não-verbal, bem como ouvir o outro de forma empática, faz com que a enfermeira perceba o outro mais profundamente, sendo que as características necessárias para desenvolver essa relação são: a compatibilidade, a empatia e a calidez.

5 Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como conexão profunda com seu próprio espírito e o da pessoa cuidada

O enfermeiro, durante a relação de cuidado com o outro, consegue perceber-se e aceitar o sentir e o pensar do outro, para que a interação entre eles aconteça de forma efetiva, integral. A necessidade de expressar os sentimentos deve ser considerada e valorizada como instrumento de elaboração da situação vivida na relação de cuidado. Assim, ajuda-se a pessoa a reconstituir a si mesma e a encontrar-se, através do seu próprio sentir e a partir de sua história.

6 Usar-se criativamente e todas as maneiras de conhecer, como parte do processo de cuidar, engajando-se em práticas artísticas de cuidado-reconstituição

No processo de cuidado, o conhecimento teórico adquirido e atualizado pelas experiências já vivenciadas é apenas uma das maneiras pela qual se podem

resolver os problemas. A esse saber, deve-se agregar a consciência, sensibilidade, o saber estético, artístico e o conhecimento intuitivo, para identificar as necessidades que emergem do ser cuidado. Ao entrar no espaço ou ambiente do outro, consciente do cuidado e da própria presença, cuida-se de forma autêntica, genuína.

7 Engajar-se em experiência genuína de ensino-aprendizagem, que atenda à unidade do ser e dos significados, tentando manter-se no referencial do outro

Esse fator refere-se a proporcionar às pessoas o máximo de controle sobre a sua própria saúde, fornecendo-lhe informações e alternativas, por meio de processo educativo que possibilite ao indivíduo cuidar de si mesmo, determinar suas próprias necessidades e promover seu crescimento individual. O ensino do cuidado transpessoal é relacional, vai além de passar informações. É necessário considerar o marco de referência do outro.

8 Criar um ambiente de reconstituição (*healing*), em todos os níveis, sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, o conforto, a dignidade e a paz sejam potencializados

No que se refere ao ambiente do ser cuidado, devem-se considerar variáveis internas e externas. A primeira relaciona-se ao espaço físico e a segunda, ao sentir da pessoa. Deve-se, por meio da observação e interação, auxiliar o indivíduo a enfrentar alterações nesse ambiente, oferecer apoio, auxiliando-o a encontrar mecanismos de enfrentamento para a situação. É importante oferecer comodidade, intimidade, segurança e ambiente limpo e estético. Para Watson, um local agradável melhora estados afetivos, facilita a interação e promove senso de satisfação com a vida. Deve-se começar a pensar no enfermeiro como 'ambiente', tendo a consciência de que ele tem vários campos de energia que afetam o paciente

e é protagonista no campo do paciente.

9 Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando o que é essencial ao cuidado humano, o que potencializará o alinhamento de corpo-mente-espírito, totalidade e unidade do ser, em todos os aspectos do cuidado

Para Watson (1979), as necessidades humanas podem ser de ordem inferior e superior. As de ordem inferior são as necessidades biofísicas ou de sobrevivência e as psicofísicas ou funcionais e as de ordem superior são as necessidades psicossociais ou integradoras e as intra e interpessoais. Contudo, deve o enfermeiro desenvolver o cuidado com o outro, de forma que cada uma dessas necessidades seja percebida, em um conjunto, atendida e valorizada igualmente. Deve-se reconhecer o ser humano como sendo mais que físico, pois ele é matéria e espírito, emoções e pensamentos, é a unidade entre mente, corpo, espírito, numa consciência de que, ao tocar-se uma pessoa, toca-se sua mente, seu espírito, toda a sua unidade.

10 Dar abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado

Existe a necessidade de o enfermeiro compreender-se, antes de auxiliar o outro nas difíceis situações durante sua trajetória de vida, voltando-se para o ser interior, de forma a encarar suas próprias indagações acerca de sua existência. Isso implica que, na relação de cuidado, pode-se atenuar o sofrimento do outro, ao reconhecer que cada pessoa é única e que, por meio dessa relação, ela pode encontrar significado e solução para os problemas vividos nas diferentes etapas de vida, tais como: separação, solidão e morte. Deve-se reconhecer que, no modelo de atenção à saúde, não há respostas para tudo, há coisas que não se sabem, há

fenômenos insondáveis, há de se dar espaço para o mistério, não se pode controlar e nem compreender tudo.

Associados ao processo *clinical caritas*, com os seus 10 elementos de cuidado, também alguns conceitos básicos para sustentar este estudo e auxiliar a prática de cuidado de forma transpessoal ao ser portador de transtorno mental e sua família, no seu domicílio, que são: **ser humano-doente mental, saúde-doença mental, ambiente-domicílio, família, enfermagem, cuidado, cuidado domiciliar**. Esses conceitos foram construídos, a partir da leitura dos escritos de Watson, bem como da de outros autores que se harmonizam com meus pensamentos.

3.2 CONCEITOS

3.2.1 Ser Humano-Portador de Transtorno Mental

Entendo o ser humano como pessoa que, durante sua trajetória de vida, estabelece constantes relações consigo, com os outros, com o meio e com o cosmo, em busca da realização e satisfação de suas necessidades biopsicossocioespirituais, estando, portanto em constante desenvolvimento, modificando-se, modificando os outros e o meio, vislumbrando a felicidade.

O ser humano com o qual procuro desenvolver uma relação transpessoal é a pessoa portadora de transtorno mental e percebo-a como alguém que experiencia um momento de desintegração do seu *self*, o que resulta em dificuldade de desenvolver interações efetivas consigo, com os outros, com o meio e com o universo. Ele necessita ser cuidado acima de qualquer preconceito, como ser único, que, por meio de um cuidado efetivo e afetivo, pode alcançar a sua reintegração, consigo, com o outro e com a sociedade.

Watson (1985) percebe o ser humano como uma pessoa valorizada em si e de si, a ser atendida, respeitada, zelada, compreendida e auxiliada. Resumindo, a autora tem uma visão filosófica de uma pessoa como um *self* totalmente integrado e

funcional. O ser humano é visto como maior do que a soma de suas partes e diferente delas.

Watson (1985), ao conceituar o ser humano, descreve-o como um ser espiritual magnífico, que transcende, que vai além do físico e da matéria. Ele é mente e espírito. De acordo com Stamm (2000, p. 52) “cuidamos de um corpo que não é só corpo; cuidamos de uma mente que não é só mente”.

3.2.2 Saúde-Doença Mental

Entendo saúde-doença mental como sendo um processo dinâmico, no qual se tenta estabelecer um estado de harmonia entre o físico, o psíquico, o social e o espiritual, considerando as experiências durante a trajetória de vida do ser cuidado, em que a desarmonia desses componentes gera nele desequilíbrio funcional intrapsíquico e interpessoal, que deve ser considerado, ao realizar-se o cuidado profissional transpessoal.

Segundo Watson (1985, p. 48), saúde é “[...] a unidade e harmonia entre a mente, o corpo e a alma. A saúde está também associada ao grau de compatibilidade entre o *self*, tal como é percebido, e o *self*, tal como é experienciado”.

A doença, para Watson (1985, p. 49) significa “desarmonia entre o *self*, a mente, a alma em algum nível, podendo ser consciente ou inconsciente [...] uma incongruência entre o eu percebido e o eu experienciado”.

Já para Lacerda (1997, p. 45),

[...] saúde-doença é uma experiência subjetiva que envolve as concepções pessoais, onde o contexto e a trajetória de vida podem propiciar enfrentamento e confronto nas resoluções e ações quanto ao presente e ao futuro. É uma relação dinâmica entre o físico, o psíquico, o social e o cultural do ser humano, cabendo-lhe uma ação profissional transpessoal.

3.2.3 Ambiente-Domicílio

Talento (1993) diz que Watson considera que o ambiente social afeta a sociedade e que ela oferece valores que determinam a maneira como alguém deve comportar-se e as metas pelas quais deve lutar, e esses valores são afetados por mudanças nas arenas social, cultural e espiritual que, em contrapartida, afetam a percepção das pessoas.

Concebo ambiente como todo espaço de relações, o qual influencia o ser humano portador de transtorno mental, de acordo com os valores, as crenças e os conceitos que ele adquiriu na sociedade, e é influenciado por ele, no intuito de resolver suas questões e satisfazer as suas necessidades biopsicossocioespirituais.

Neste estudo, ambiente é o domicílio do paciente portador de transtorno mental, no qual esse ser humano, segundo Souza (2000, p. 23), “ama e pode ser amado, sem se preocupar com os outros e, certo de que, mesmo com defeitos e/ou merecedor de cuidados, a família buscará tratá-lo como parte integrante da rotina diária e aí oferecerá apoio, estímulo, força, tranquilidade, amor, paz”.

Referindo-se ao indivíduo, para Lacerda (1996, p. 28), no ambiente do domicílio:

[...] suas primeiras relações começaram a se desenvolver como ponto de partida e ponto de chegada. Neste local, ele encontra apoio, estímulo e críticas, construídas para que ele tenha estrutura para viver. É na casa que adquire os códigos sociais que representam os valores da sociedade, na qual está inserido, aprendendo a resolver suas questões existenciais de um modo de vida que lhe é peculiar.

Todavia, de acordo com Araújo (2000, p. 118), “o domicílio é considerado o cenário onde ocorrem as relações sociais geradoras de conflitos e de outros fatores de adoecer, sendo também o local privilegiado para desenvolvimento de ações de promoção e manutenção da saúde”.

3.2.4 Família

O conceito de família sofreu alterações, na tentativa de acompanhar as transformações sociais, políticas e econômicas da sociedade em determinados momentos históricos, porém, segundo Scheneider (2001, p. 25) apesar dessas transformações, a família “é uma instituição mais estável do que muitas outras existentes”.

As mudanças na estrutura da família, nos diferentes momentos históricos, geraram diferentes conceitos, apesar disso, o conceito mais aceito e conhecido, até os dias de hoje, é o da família constituída de pai, mãe e filhos, segundo Prado (1989), correspondendo ao que se denomina família nuclear.

Szymanski, citado por Scheineider (2001, p. 26), ao se referir a esse modelo de estrutura familiar, ensina que “a família que se afasta da estrutura deste modelo é chamada de desestruturada ou incompleta, estando o foco na estrutura da família e não na qualidade das inter-relações”.

De acordo com Watson (citado por TALENTO, 1993), família é um sistema interpessoal, formado por pessoas que interagem por vários motivos, tais como afetividade e reprodução, em um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico.

Já Waidman (1998, p. 7) conceitua família como “unidade dinâmica, constituída por pessoas que se percebem como família, unidas por algum vínculo, com uma determinada organização, que convivem e interagem no dia-a-dia com caracteres e normas específicas”.

Diante da diversidade de definições que se encontram para família e certa de que não será esgotado esse conceito nesta investigação, defino-a como uma rede de pessoas que derivam de um sistema social mais amplo, que interagem por vários motivos, unidas por diferentes vínculos, como afinidade, consangüinidade ou descendência, e que ocupam o mesmo ambiente.

3.3.5 Enfermagem

Ao definir enfermagem, Carraro (1997, p. 28) diz que “é uma profissão que articula ciência e arte. Ciência, porque reúne conhecimentos teóricos e práticos organizados e validados; arte, face a usar criatividade, habilidade, imaginação e sensibilidade e outros recursos, ao aplicar a ciência na sua prática”.

Para Watson (1985, p. 54), enfermagem é “[...] uma ciência humana de pessoas e de experiências humanas de saúde-doença que são mediadas por transações profissionais, pessoais, científicas, estéticas e éticas de cuidado humano”.

Já Lacerda (1996, p. 29) defende que a “enfermagem existe quando o ser enfermeiro se aproxima do ser cliente e cuida. Não existe enfermagem sem receptor e vice-versa. A vinculação entre ambos provoca um acontecer, um transformar, uma relação transpessoal, havendo um começo, meio e fim no desenvolvimento desta relação”.

A enfermagem tem como objetivo, de acordo com Nightingale (1859), oferecer ao ser humano as melhores condições, a fim de que o poder vital possa ser potencializado para um viver saudável.

Sendo assim, acredito ser a enfermagem uma profissão na qual o ser enfermeiro realiza interações com o ser cuidado, de forma a promover o equilíbrio entre corpo, mente e alma, considerando as suas necessidades, transformando-o e transformando-se, numa relação de cuidado.

Na enfermagem relacional, o enfermeiro compartilha com o ser cuidado as necessidades que emergem dele, no momento, transcendendo, equiparando sua humanidade com a humanidade do outro, imbuído de um nível mais alto de comprometimento moral e usando sua criatividade, sensibilidade, intuição e empatia, com vistas a conduzi-lo à recomposição e reconstrução.

Ao utilizar esse modelo de enfermagem, o enfermeiro necessita estar aberto a diferentes modalidades de cuidado, transcender o modelo profissional

formado. Como exemplos dessas modalidades de cuidador relacional ontológico (artes terapêuticas da enfermagem), Watson (2003) cita o toque terapêutico, o humor, uso de imagens (visualização), música, viagens expressivas, movimento, massagem, relaxamento, terapias com animais de estimação, meditação, dança, fóruns educacionais e *workshops*.

Nessa nova concepção de o que é enfermagem, Watson (2003) diz que o futuro da enfermagem está ironicamente vinculado ao que Nightingale chamou de sensação de ter sido chamada, guiada por um senso profundo de compromisso e acordo ético de serviço humano. Ainda, a autora refere que, quando o enfermeiro inclui o cuidado e o amor no trabalho, descobre que a enfermagem, da mesma forma que o ensino, é mais do que apenas um trabalho, é uma profissão de dar e receber, de crescer e aprender por toda uma vida.

Watson (2003) também cita que essa maturidade, associada à integração do passado com o presente e o futuro, requer uma transformação de si mesmo e dos que são servidos, incluindo as instituições e a profissão. A autora acrescenta, ainda, que, à medida que o enfermeiro reafirma publicamente e profissionalmente as posições sobre suas teorias, sua ética, suas práticas e, até mesmo, sua ciência, também se localiza e localiza a sua profissão e disciplina, em uma nova e emergente cosmologia, que clama pelo senso de reverência e sacralidade em relação à vida e a todas as coisas vivas.

3.3.6 Cuidado

Segundo Boff (2003, p. 91), “cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato [...] uma atitude fundamental, de um modo de ser, mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude”.

O cuidado é inerente ao ser humano e, sem ele, o ser desestrutura-se de maneira a atingir a morte, sendo entendido então como possibilitador da existência humana (BOFF, 2003).

Esse cuidado faz parte das atividades do profissional enfermeiro e, de acordo com Lacerda (2000, p. 21), dá-se “quando a enfermeira incorpora o cuidado humano e o decodifica-o em atividades e atitudes profissionais”.

Sendo o cuidado a essência da enfermagem, de acordo com Souza (2000, p. 26) ele “pode ser físico, processual, objetivo e real, mas, no mais alto nível de enfermagem, as respostas de cuidado humano e a presença das enfermeiras na relação transcendem o mundo físico e material, preso no tempo e no espaço e estabelecem contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa”.

Neste estudo, o enfoque é o cuidado profissional, que é oferecido quando as pessoas que dele necessitam não podem, de acordo com Collière (1989), desenvolvê-lo a si próprio ou quando ele é ofertado pelos que as circundam, considerando-se os aspectos éticos na aplicação dos conhecimentos adquiridos na formação do profissional para desenvolver as ações de cuidado.

Essa relação profissional de cuidado deverá acontecer de forma transpessoal, ou seja, os processos de cuidado devem estender-se além do ‘eu’, atingindo conexões mais profundas com o outro, que considerem a dimensão espiritual, incentivando atitudes de fé e esperança, de forma criativa e sensível, por meio de uma relação de ajuda, de forma a criar um ambiente harmonioso que possibilite ao cliente tornar-se independente desse cuidado e que oportunize a sua reconstituição (WATSON 1995 e 2003).

3.3.7 Cuidado Domiciliar

A definição de cuidado domiciliar do Ministério da Saúde, citada por Gruner e Faria (2000, p. 411), é “modalidade de tratamento alternativa, e não obrigatória. Portanto, antes de uma opção terapêutica, deve ser uma opção do sujeito/família”.

Assim, trata-se de uma continuidade do cuidado à saúde oferecido ao indivíduo e à sua família e, de acordo com Dal Bem (2001, p. 14), mediante o qual é possível atender o paciente “na dimensão do todo, considerando aspectos físicos,

emocionais, culturais e sua percepção diante da enfermidade, com objetivo primordial de reabilitá-lo física e emocionalmente, bem como minimizar seu sofrimento”.

Por meio do cuidado domiciliar, Marrelli (1997) afirma que se pode promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou das doenças, incluindo-se as sem perspectiva terapêutica.

Para Arrigton e Walborn, citados por Lacerda (1996, p. 14), o cuidado domiciliar “é apropriado sempre que uma pessoa necessita de assistência que não possa fácil ou efetivamente ser proporcionada por um membro da família ou amigo de forma contínua, por um período longo ou reduzido de tempo”.

Para Lacerda (2000, p. 22), o cuidado domiciliar é:

[...] aquele desenvolvido com o paciente e familiares no contexto de suas residências e que faz parte da assistência a saúde dos envolvidos e compreende o acompanhamento, a conservação, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de pacientes de diferentes faixas etárias, em resposta às suas necessidades e de seus familiares, providenciando efetivo funcionamento do contexto domiciliar, ou para pessoas em fase terminal, proporcionando uma morte digna e serena junto de seus significantes.

Entendo o cuidado de enfermagem domiciliar como sendo o conjunto de ações desenvolvidas pelo enfermeiro, no contexto do seu domicílio, de forma programada e contínua, buscando atender às necessidades que emergem do paciente e da família, compreendendo-se seus potenciais e suas limitações, com vistas a promover, manter e restaurar a saúde e potencializar a sua independência.

O cuidado domiciliar, neste estudo, refere-se ao monitoramento feito por meio das visitas domiciliares de enfermagem a pessoas portadoras de transtorno mental e sua família, nas quais se realiza educação para saúde, controle e orientação, com vistas a atender às suas necessidades humanas, proporcionando efetivo funcionamento das relações interpessoais, procurando prevenir reinternações desnecessárias em hospitais psiquiátricos e favorecendo a reabilitação psicossocial.

O cuidado desenvolvido no domicílio com a pessoa portadora de transtorno

mental e sua família será o cuidado transpessoal de enfermagem, que ocorrerá a partir da justaposição dos conceitos desenvolvidos, do processo *clinical caritas*, de Jean Watson (2003) e será operacionalizado pelo Processo de Cuidar elaborado por Lacerda (1996, p. 33), que significa: “a maneira como cada enfermeira presta seus cuidados, como acredita no que faz, como se coloca nesta ação, como demonstra este fazer para aquele com quem realiza este cuidado, utilizando-se das mais variadas formas de expressão”.

Esse processo de cuidar é composto por quatro fases, as quais a autora descreveu separadamente, apenas para melhor compreensão, pois, na prática, elas ocorrem de forma dinâmica.

A seguir, descrevo as quatro fases do processo de cuidar, de acordo com Lacerda (1996, p. 33-36), as quais utilizo na operacionalização do processo de cuidar transpessoal com os portadores de transtorno mental.

Fase 1 – Contato Inicial

Esse período caracteriza-se pelos primeiros contatos entre enfermeira/cliente/família. “A cada novo ouvir ou olhar, novas descobertas ocorrem. Neste momento há um desvelar de ambas as partes que podem ou não se completar: há um querer ou um não avançar nesta relação. Este é o momento em que é considerada a história de vida de cada um, ocorrendo uma descoberta, e cada um se deixa vislumbrar pelo outro. É aquele olho no olho, aquele querer e ao mesmo tempo temer se mostrar, mas, seguindo sempre intuição, e ser verdadeiro (LACERDA, 1996, p. 33).

Fase 2 – Aproximação

Nessa etapa, a “relação já evoluiu, os sentimentos, palavras, toques, várias formas de comunicação ocorrem, vários temas são abordados e o enfermeiro e o cliente (portador de transtorno mental e família) movimentam-se para a união.

Caminham para que as almas, os espíritos se encontrem, sejam compreendidos, considerados” (p. 34).

Fase 3 – Encontro transpessoal

Nessa fase, tem vez a relação transpessoal. Assim, acontece “a relação entre dois, transcende cada um. O enfermeiro, o portador de transtorno mental e a família tornam-se um. Ocorre uma união, um estar junto em harmonia e mutualidade” (LACERDA, 1996, p. 34).

Fase 4 – Separação

Essa fase indica a maturidade dos envolvidos (enfermeira, cliente, família), “em que as conotações das partes modificam-se e elas encontram-se regeneradas e enriquecidas com conhecimento, força e energia para enfrentar a vida: o cliente e a família, nas suas condições de saúde-doença ou morte; e o enfermeiro, mediante uma nova compreensão da vida, com seus momentos preciosos de cuidado” (LACERDA, 1996, P.36). Então, eles liberam-se do vínculo criado, pois cada um alcançou seus propósitos. Todavia, a autora salienta que essa separação pode também ocorrer de forma abrupta, sem que tenha havido transformação, às vezes, por recuo do paciente, outras, por ser necessário melhor preparo por parte do enfermeiro e do paciente, ou por necessidade de suporte de outro profissional.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

A seleção do método de estudo depende da natureza da indagação da pesquisa, do objeto, do problema a ser estudado e da filosofia do pesquisador (TOMASI e YAMAMOTO, 1999).

Desse modo, dada a natureza da investigação, sua estrutura teórica e filosófica e com vistas a atingir o objetivo proposto, optei pelo estudo de caso, que, de acordo com Trivinos (1987, p. 133) “é uma categoria de pesquisa cujo o objeto é uma unidade que se analisa profundamente [...] e sua complexidade está determinada pelos suportes teóricos que servem de orientação em seu trabalho de investigador”. Para Tomasi e Yamamoto (1999), a relevância do estudo de caso é que, a partir do estudo aprofundado de uma realidade delimitada e de seus resultados, podem-se formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas.

Segundo Yin (2001, p. 19), “os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo ‘como’ e ‘por que’, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real”. Assim, justifico a escolha por esse método, visto que este estudo trata da aplicação de um modelo de cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar a pessoas portadoras de transtorno mental e seus familiares.

Ainda, esse autor diz que os estudos de caso poderão ser utilizados tanto em pesquisas exploratórias quanto em descritivas e explicativas, porém, em relação a esse método, existem preconceitos relativos à falta de rigor metodológico, devendo, portanto, o pesquisador redobrar seus cuidados tanto no planejamento quanto na coleta e análise dos dados; e quanto à dificuldade de generalização e

tempo destinados a pesquisa.

As pesquisas em que se usa estudo de caso, conforme Yin (2001), podem ser de caso único ou de casos múltiplos, e eles podem ser holísticos ou incorporados. A aplicação de caso único pode ser utilizada quando o caso representa caso decisivo, ao testar uma teoria bem formulada, configurando uma importante contribuição à base de conhecimento e à construção da teoria, quando o caso representa um caso raro ou extremo ou é revelador. O caso múltiplo deve ser utilizado, seguindo-se a lógica da replicação, sendo um passo importante, no procedimento de replicação, o desenvolvimento de uma rica estrutura teórica, pois, mais tarde, essa estrutura teórica tornar-se-á instrumento para generalizar casos novos. Deve-se lembrar que essa teoria pode ser de ordem prática e não apenas acadêmica.

Yin (2001) diz que essa replicação pode ser literal, quando prevê resultados semelhantes, ou teórica, quando produz resultados contrastantes, por razões previsíveis, e lembra que a opção por um dos dois deve ser prevista explicitamente, no princípio da investigação.

O trabalho de estudo de caso pode ser alterado e revisado após estágios iniciais de estudo, sob rigorosas circunstâncias. A flexibilidade dos projetos de estudo de caso está na seleção dos casos (desde que haja documentação adequada), mas não nos propósitos ou objetivos do estudo para se adaptar aos casos (YIN, 2001).

Neste estudo, trata-se de casos múltiplos, pois há a intenção de replicar, na prática, uma estrutura teórica, para que posteriormente ela possa ser generalizada para casos novos.

Chizzotti (1998) explica que o desenvolvimento do estudo de caso supõe três fases:

- a) **Seleção e delimitação do caso** – Fase decisiva para análise da situação estudada, devendo ser uma referência significativa e

possibilitar fazer generalização com situações similares ou autorizar inferências em relação ao contexto da situação analisada. Ao se optar por um conjunto de casos, a coleção deles deve cobrir uma escala de variáveis que explicita diferentes aspectos do problema. Esta fase está descrita no capítulo 4 deste estudo;

- b) Trabalho de campo** – Fase destinada a reunir e organizar um conjunto comprobatório de informações, as quais podem ser documentadas de forma escrita, oral, gravada, filmada, devendo-se prestar a fundamentar o relatório do caso, que será objeto de análise crítica pelos informantes ou por qualquer interessado, e está descrita no capítulo 4;
- c) Organização e redação do relatório** – O relatório, de acordo com o autor, poderá ter um estilo narrativo, descritivo, analítico, ser ilustrado ou não, filmado, fotografado ou representado. Seu objetivo é apresentar os múltiplos aspectos que envolvem um problema, mostrar a sua relevância, situá-lo no contexto em que acontece e indicar as possibilidades de ação para modificá-lo e neste estudo encontra-se descrita no capítulo 4.

Saliento que o estudo de caso através de suas etapas metodológicas está descrita utilizando o processo de cuidar proposto por Lacerda (1996), o qual auxiliou na operacionalização do cuidado transpessoal, norteando o caminho metodológico a medida que apreendo a vivência do cuidado.

Assim entendo que é na segunda fase do estudo de caso que o processo de cuidar se estabelece de maneira efetiva, pois possibilita percorrer todas as etapas do cuidar de forma transpessoal e captar as respostas às minhas inquietações.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos correspondem ao conjunto de comportamentos que o enfermeiro apresenta durante todo o processo de investigação, no âmbito de toda assistência, valorizando os princípios morais e tendo a vida e o respeito à dignidade humana como fundamentais ao cuidar de pessoas (TRENTINI e PAIM, 1999).

Com o compromisso de garantir os direitos humanos do ser pesquisado, este estudo segue as diretrizes éticas e legais da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que determina as normas para pesquisa que envolve seres humanos.

Trentini e Paim (1999, p. 115) dizem que “a declaração em registros quanto às medidas de proteção dos envolvidos na pesquisa inclui, necessariamente, aquelas que tratam do direito à privacidade, ao anonimato, à dignidade no relacionamento, à autodeterminação, ao bem-estar e à segurança, à conservação dos recursos pessoais e ao direito ao não-sofrimento e agravos físicos e mentais”.

Primeiramente, o projeto desta pesquisa passou pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, para análise e emissão de parecer, atendendo ao que preconiza a Resolução 196/96 (Apêndice 1).

O segundo passo foi obter consentimento da instituição para coleta de dados e divulgação do nome no estudo. O projeto foi submetido à avaliação da comissão de ética e foi assinado um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2) Quanto aos participantes, foi-lhes facultada (aos pacientes e a suas famílias) a participação na pesquisa, após fornecer-lhes informações a respeito da trajetória e dos objetivos do estudo, e, em havendo concordância, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas cópias, uma para o sujeito e outra para a pesquisadora, de acordo com a Resolução 196/96.

4.3 LOCAL DE ESTUDO

A escolha do campo do estudo deu-se a partir da realidade a ser investigada. Para Minayo *et al* (2002, p. 53), o campo de pesquisa “é o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir de concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação”.

O espaço físico da pesquisa, de acordo com Trentini e Paim (1999), dependendo do enfoque dela, poderá ser mais de uma área geográfica. Portanto, este estudo, devido às suas características, teve duas áreas geográficas distintas: a unidade básica de saúde e o domicílio de pacientes portadores de transtornos mentais que estão inscritos no programa de saúde mental da referida unidade.

A unidade básica de saúde onde foi desenvolvido o estudo localiza-se em Curitiba, no Bairro do Sítio Cercado e pertence ao Distrito Sanitário do Bairro Novo. Essa unidade conta com o Programa de Saúde da Família, do qual fazem parte quatro equipes multidisciplinares.

A escolha por essa unidade de saúde foi devida a existência do programa de saúde mental e por haver mais de 500 pacientes inscritos nesse programa. Também, por ser necessário contar com uma referência à qual o paciente esteja vinculado, podendo ele ser atendido nos momentos de crise ou ter atendimento especializado.

Os domicílios nos quais o estudo foi desenvolvido atendiam ao que Cunha (1991, p. 33) descreveu como condições mínimas para se realizar a assistência domiciliar de enfermagem, ou seja, “oferecer condições de higiene e segurança ao paciente”. Todos contavam com saneamento básico, eram de alvenaria, o quadro clínico dos pacientes estava controlado, fora de crise, e tinham um cuidador responsável.

De acordo com Lacerda (2000, p. 28), são cuidadores os parentes “ou pessoas cujas relações são menos contratuais e mais de afeto ou com grau de parentesco ou de amizade e vizinhança com o cliente que está sendo cuidado”.

4.4 SUJEITOS DA PESQUISA - SELEÇÃO E DELIMITAÇÃO DOS CASOS

Com o objetivo de conhecer a dinâmica de tratamento oferecido aos usuários e explicar a proposta do estudo a ser realizado, na expectativa de obter apoio e adesão dos profissionais. Esse primeiro momento serviu para criar vínculo com a equipe e identificar os possíveis sujeitos para o estudo, o que considero importante para desenvolvimento de um relacionamento transpessoal.

Minayo *et al* (2002, p. 55), citando Zaluar, afirma que “a relação com os atores de campo implica o ato de cultivarmos um envolvimento compreensivo, com uma participação marcante em seus dramas diários”, não os forçando a participar do estudo, o que criaria um ambiente desfavorável, mas sim estabelecendo um clima de confiança e liberdade para os que desejarem participar.

O próximo passo, portanto, foi realizar a seleção dos sujeitos. Para tanto, fez-se necessário utilizar alguns critérios de inclusão, visto que a unidade de saúde onde foi desenvolvido o estudo contava com mais de 500 (quinhentos) pacientes inscritos no programa de saúde mental. Primeiramente, optei por realizar o estudo com pacientes psicóticos, que tivessem ou não história de internamento anterior.

No entanto, ainda contava com número grande de pacientes, o que impossibilitava desenvolver a pesquisa pelo método estudo de caso. Assim, como forma de definir melhor a amostra, decidi seguir os critérios para cuidado no domicílio, preconizados pela Prefeitura Municipal de Curitiba, que são:

- a) o paciente ter suporte familiar;
- b) o paciente ter comorbidade de deficiência física, que o impeça de ir à unidade de saúde;
- c) não haver indicação para internamento hospitalar;
- d) haver condições de moradia, sanitárias e nutricionais favoráveis;
- e) a unidade de saúde ter estrutura e equipe adequadas para fazer atendimento domiciliar.

Associado a esses critérios, foi preciso ainda estabelecer outro, relacionado à área de atendimento dos agentes comunitários que indicaram os

pacientes que acreditavam necessitar de acompanhamento e me acompanharam nas primeiras visitas. Necessitei de acompanhamento desses agentes, porque era um local desconhecido, bem como eram desconhecidos os pacientes.

Inicialmente, foram acompanhados, por um período de quatro meses, 14 pacientes e suas famílias, contudo, devido à opção pelo método estudo de caso e no intuito de realmente aprofundar a descrição dos casos selecionados, a amostra é composta por quatro casos. Esses quatro casos foram selecionados por ter realizado um maior número de visitas, portanto, os que quantidade de dados apresentavam para permitir o aprofundamento almejado.

Os outros pacientes continuaram a ser acompanhados, apesar de não fazerem parte da amostra, com exceção daqueles que optaram por não continuá-lo. Com vistas a garantir o anonimato das pessoas que foram pesquisadas, adotei pseudônimos, conferindo-lhes nomes de astros e planetas.

4.5 COLETA DE DADOS – TRABALHO DE CAMPO

A fase de coleta aconteceu no período de Março a Julho de 2004 e foi realizada uma média de 15 visitas a cada domicílio.

Segundo Yin (2001), o que leva as pessoas à escolher o método de estudo de caso é a falsa idéia de se tratar de um método fácil. As exigências que um estudo de caso faz em relação ao intelecto, ao ego e às emoções de uma pessoa são superiores às de qualquer outra estratégia, devido aos procedimentos de coleta de dados não serem rotina e acontecerem com pessoas e instituições existentes. Assim, o pesquisador deve integrar acontecimentos do mundo real às necessidades do plano traçado para coleta de dados. Essas exigências tomam uma dimensão ainda maior, na aplicação do cuidado transpessoal, devido à intersubjetividade que envolve a relação enfermeiro-cliente e que, de acordo com Watson (1988), é uma arte que transcende o físico, dando significado à existência. Também, não é um método fácil, dada a utilização na sua teoria, segundo Zagonel (1996), de conceitos abstratos não usualmente utilizados pela enfermagem e que dão conotação

diferente, visionária e futurista ao desenvolvimento da ciência do cuidado.

Na coleta de dados do estudo de caso, conforme Yin (1996), trabalha-se de acordo com o horário e a disponibilidade dos pesquisados e, ao observar as atividades da vida real, pode-se entrar no mundo da pessoa pesquisada, para o que se necessita de um preparativo especial que possibilite agir como observador.

Para a coleta de dados, em estudos de caso, com maior qualidade, deve-se estar atento a alguns princípios, tais como a utilização de mais de uma fonte de evidência, um banco de dados para o estudo e ligações explícitas entre questões as feitas, os dados coletados e as conclusões (YIN, 2001).

Neste estudo a coleta de dados foi realizada a medida que aplicava o Processo de Cuidar proposto por Lacerda (1996) ao desenvolver o cuidado transpessoal de enfermagem.

Para registro das informações, utilizaram-se gravações em fita cassete dos momentos de cuidado e usou-se o diário do pesquisador. O diário do pesquisador, de acordo com Cruz (1996), é um instrumento, cujo uso sistemático estende-se desde o início do contato com o campo até a fase final da investigação e que, segundo Trentini e Paim (1999), destina-se ao registro das observações e percepções do próprio pesquisador, bem como das outras pessoas envolvidas, ou o registro dos contextos sociais.

Os dados coletados precisam ser documentados e editados, para posterior análise e, de acordo com Flick (2004, p. 179), “para as observações, a tarefa mais importante é documentar as ações e interações”. Ainda, para esse autor, o principal componente da coleta é o enriquecimento contextual, o qual poderá ser conseguido mediante: protocolos de contexto, diários de pesquisa ou notas de campo.

Os momentos de cuidado anteriormente gravados em fita cassete foram em seguida, transcritos em um diário de pesquisador e, em conformidade com o que propõem Trentini e Paim (1999), esses registros continham as experiências vividas pelo pesquisador, na interação com os pesquisados, incluindo-se idéias, dúvidas, sentimentos, reações, erros e acertos, problemas, dificuldades que surgiram durante

a coleta de informações.

Após a coleta de dados, iniciou-se a terceira fase do estudo de caso que é a organização e redação do relatório, que, segundo Yin (2001), pode ser escrito ou não e não segue qualquer forma estereotipada. A escolha do tipo de relatório está relacionada com o público a que ele se destina.

Dentre as diversas formas de apresentação de relatórios de estudo de caso apresentadas por Yin (2001), fiz a escolha pelo estudo de caso descritivo. Segundo esse autor, esse tipo de relatório pode ser feito, no mínimo, de quatro formas: clássico estudo de caso único (em que se utiliza a narrativa simples para descrever e analisar o caso); clássico estudo de casos múltiplos (que deverá conter várias narrativas, apresentadas separadamente, sobre cada um dos casos, e um capítulo distinto para análise e resultado de casos cruzados); narrativa sob a forma de perguntas e respostas (serve para caso único ou casos múltiplos); e relatório inteiro de análises cruzadas, que pode ser puramente descritivo ou lidar com tópicos explanatórios (serve apenas para casos múltiplos, e cada item ou seção deve destinar-se a uma questão diferente).

Diante dessa exposição, optou-se, neste estudo, pelo relatório de forma descritiva do tipo clássico com casos múltiplos, no qual cada caso é apresentado separadamente, em uma seção. Assim, um outro item traz uma análise dos casos cruzados.

5 RELATO DO CUIDADO TRANSPESSOAL VIVIDO

Neste ítem, descrevo o que apreendi, ao aplicar o processo de cuidado transpessoal ao portador de transtorno mental e à sua família, através de relatório descritivo do tipo clássico com casos múltiplos. Procuo descrevê-lo de forma clara, respeitando os princípios éticos do cuidar e pesquisar, e, como dito na metodologia, esta fase exige muito do pesquisador, pois, corroborando Souza (2000, p.88), “percebo quão difícil é enfrentar tantas emoções de tristeza e alegria, passadas pelas minhas lembranças, como em um filme onde eu também sou uma das protagonistas”.

Para a narrativa dos casos, usei as quatro fases do processo de cuidar proposto por Lacerda (1996): contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação, associadas aos elementos do processo *clinical caritas* de Jean Watson (2003) e outros autores que compuseram o referencial teórico deste estudo.

5.1 O CASO DE JÚPITER

Júpiter é do sexo feminino, é separada e mora com o filho mais novo.

Contato inicial

Essa primeira visita foi feita por indicação da agente comunitária. A casa era pequena, de madeira, logo pela sua frente, percebemos como era bem cuidada. Antes de nos conhecermos, o único dado que tinha sobre Júpiter era que ela tinha tido alguns internamentos em hospital psiquiátrico devido a depressão.

A agente que me acompanhava chamou Júpiter, que veio ao nosso encontro. Quando me apresentei, disse meu nome e que era enfermeira, ela me olhou e logo disse:

– “Tenho a impressão que te conheço” – impressão que também tive, e acrescentou:

– “Estou até arrepiada de emoção”. Falei para ela que trabalhei em hospitais psiquiátricos, então, lembramo-nos de onde nos conhecíamos, era de um de seus internamentos. Assim, iniciou o desvelar de ambas as partes, que, segundo Lacerda (1996), pode levar ao evoluir ou não da relação, isto é, prosseguirmos ou não para as fases posteriores depende do interesse não apenas da enfermeira, mas também da pessoa cuidada. Expliquei o motivo da visita e perguntei se ela gostaria de conversar um pouco comigo, e ela respondeu:

– “Claro, fico sozinha, vou gostar muito de conversar com vocês”.

Entramos pela cozinha e Júpiter explicou que o rádio estava ligado no Padre Marcelo, pois se sentia bem em ouvi-lo todas as manhãs. Falei para ela que poderia deixá-lo ligado durante a conversa. Falamos um pouco a respeito do programa e da importância da fé nas nossas vidas. Nesse momento, pensei no segundo elemento do processo *clinical caritas* de Watson (2003), ou seja, a enfermeira deverá estar preparada para permitir e sustentar o profundo sistema de crenças, mundo de vida subjetivo do ser cuidado.

Fomos à sala e lá continuamos a conversa. Perguntei para Júpiter como se sentia após o último internamento e ela respondeu que estava muito bem. Pedi para me contar sobre o início da doença, por que tinha se internado pela primeira vez. Fazia essas perguntas para conhecer a história de sua doença, assim, realizando o que Lacerda (1996, p. 34) fala do contato inicial, ou seja, no “momento em que são consideradas a história de vida de cada um, ocorre uma descoberta, cada um se deixa vislumbrar pelo outro”. Ainda, de acordo com Jelincic (1995, p. 47), é por meio “do comportamento verbal que o ser humano mais facilmente se faz conhecer por seus semelhantes, assim, o paciente terá na comunicação a possibilidade de ser melhor conhecido pelos que cuidam dele [...]”.

Ela contou que tudo começou aos 20 anos de idade, quando seu filho nasceu. Disse que via um vulto branco passando ao seu lado, e isso lhe deixava com muito medo. Então, trancou-se por um longo período no quarto e não dormia e

nem conseguia comer direito. Por isso, seu marido resolveu levá-la para se internar.

Durante o período de internamento, seu filho ficava com uma cunhada. Nesse momento, ela se emocionou e seus olhos encheram-se de lágrimas. Ela disse:

– “Tinha que ser assim”. – Percebi a necessidade de utilizar o elemento 4 do processo *clinical caritas*, para estabelecer uma relação de ajuda e confiança, mediante o ouvir de forma empática, possibilitando percebê-la com maior profundidade. Foi preciso usar também o elemento 5, aceitando o sentir e o pensar do ser cuidado, pois a expressão dos sentimentos deve ser considerada e valorizada positivamente, como instrumento de elaboração da situação vivida na relação de cuidado, ajudando a sua reconstituição.

Em decorrência da doença, disse que seu marido a deixou, mas que nunca casou de novo e sempre pagou tudo para ela, e que entende a atitude do marido em relação à separação. Disse que a sua única atividade é cuidar da casa, onde mora com seu filho. No final da conversa, queixou-se do ex-marido, dizendo que, por qualquer alteração em seu comportamento, ele leva-a ao médico e, muitas vezes, força o internamento. Chegou a trancar o portão para não deixá-la sair.

No momento, ela está em acompanhamento ambulatorial e toma os medicamentos carbonato de lítio, melleril e tegrex. Despedi-me da Júpiter e perguntei se ela gostaria que eu voltasse outro dia. Disse que gostaria muito, que ficou feliz pela visita.

Aproximação

Retornei ao domicílio de Júpiter e, antes de chegar até sua casa, a agente comunitária me contou que ela tinha perguntado por mim, pois passei duas semanas sem visitá-la.

Percebi então o interesse pela visita e o quanto seria importante explicar-lhe o porquê de minha ausência. É muito importante para o fortalecimento do vínculo

que o paciente se sinta valorizado, pois, de acordo com Taylor (1992, p. 70), “muitos doentes mentais têm uma longa história de fracasso no estabelecimento de relacionamentos interpessoais satisfatórios”. Esse momento pediu a aplicação do elemento 4 do processo *clinical caritas*, em que Watson (2003) afirma que “a interação enfermeira-cliente deve ser calcada em sentimentos de respeito, honestidade, promovendo a aceitação positiva do outro, sem julgamentos”.

Chamei então Júpiter, que logo veio me atender. Sorridente como sempre, logo nos convidou a entrar. Iniciei a conversa lhe explicando que passei na sua casa na semana anterior, mas ela não estava e que na semana seguinte não realizei as visitas, por ter compromisso no trabalho. Ela logo lembrou que realmente não estava em casa, pois estava participando de uma novena na igreja.

Falei o quanto a admirava pelo cuidado que tinha com sua casa. Nesse momento, ela ficou vermelha e disse que era exagero. Tentei mostrar para ela o quanto era importante viver em um ambiente limpo, harmonioso, como esse ambiente favorece a sua recuperação, corroborando o que Watson diz no elemento 8 do processo *clinical caritas*.

Ela disse que hoje queria nos servir um café, e aceitei. Fomos conversando e tomando o café, que estava uma delícia. Perguntei como foram essas duas semanas, o que tinha feito, como se sentiu. Disse que sua rotina continuava a mesma, saía apenas para as consultas e a igreja. Perguntei o que gostava de fazer além do cuidado pela casa e ela disse-me que gostava de costurar, mas estava sem dinheiro para comprar os tecidos. Contou que desmanchou uma cortina e a refez. Disse que o dinheiro com que ela conta é a pensão do ex-marido, que não pode fazer nada sem pedir para ele, e que isso é difícil para ela.

Segundo Taylor (1992, p. 72), as pessoas portadoras de transtornos mentais “[...] experimentam alguma perda na auto-estima e na autoconfiança”. Diz ainda que, se o enfermeiro pretende interagir de forma proveitosa com esse cliente, deverá auxiliá-lo a restabelecer essas perdas. Segundo o elemento 9 do processo

clinical caritas, o enfermeiro deve “auxiliar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando aquilo que é essencial ao cuidado humano, o que potencializará o alinhamento do corpo-mente-espírito, totalidade e unidade do ser, em todos os seus aspectos de cuidado”.

Percebi que a necessidade de Júpiter, nesse momento, era sentir-se valorizada, importante, capaz de realizar algo. Eu precisava encontrar, na sua comunidade, um espaço que pudesse envolvê-la em atividades que trouxessem satisfação para tal necessidade. Sabia de algumas atividades oferecidas pela igreja, e perguntei se ela não gostaria de freqüentar. Disse que sim, mas que não sabia como funcionava. Fiquei de me certificar e passar para ela. Ela realmente foi muito receptiva à idéia. Vi um brilho em seu olhar. Foi nesse momento que percebi que tinha conseguido entrar na fase de aproximação. Vi o evoluir na relação, senti que se criou o vínculo, que ela acreditava em mim, já conseguia expressar seus sentimentos por meio de palavras e de expressões, como aquele olhar.

Despedi-me de Júpiter e combinamos um novo encontro para dali a duas semanas. Falei que, nesse período, veria as atividades para ela.

Encontro transpessoal

Após duas semanas, voltei à casa de Júpiter, com a informação de que a agente tinha conseguido espaço para realizar as atividades na comunidade (na igreja). Como sempre, ela recebeu-me com um carinhoso abraço e demonstrou estar feliz em nos ver, ao dar aquele largo sorriso. Percebia que estava acontecendo o cuidado transpessoal, que eu vivenciava de forma sensível, com atenção especial e de forma relacional, pois aquele abraço e o seu sorriso também me enriqueciam, enchia-me de energia.

Sentamos na sala e perguntei se ela teria interesse de participar de um grupo que eu fazia com pacientes que eu estava visitando. Expliquei que ela poderia aprender e ganhar com isso depois. Estava pensando, nesse momento, no elemento

de cuidado 9, buscava encontrar um meio de auxiliar em uma de suas necessidades básicas afetadas, que identifiquei como sendo de ordem superior, pois necessitava se integrar às outras pessoas de sua comunidade. Acredito que esse será um dos fatores que permitirão potencializar o alinhamento entre corpo-mente-espírito. Perguntei se ela já tinha trabalhado antes. Disse que sim. Trabalhou com uma senhora, cuidava de sua casa e também limpava a loja. Vi que ela se entusiasmava em falar sobre o assunto. Saiu do emprego porque achou que estava sendo explorada.

Perguntei se não sentia vontade de voltar a trabalhar com as faxinas. Disse que sim, mas que não conseguia emprego, porque as pessoas, depois que ela adoeceu, que teve de se internar em hospital psiquiátrico, acham que ela não tem capacidade para trabalhar. Falei que acreditava na sua capacidade, que, pelo jeito que ela cuida de sua casa, com certeza, faria o serviço muito bem. Ela me abraçou e disse que ela também acreditava, e que foi muito bom escutar isso de mim. Nesse momento, coube a aplicação do elemento 2 do processo *clinical caritas*, em que a enfermeira deve conectar-se com o outro a partir de seu marco de referência, bem como a aplicação do elemento 6, que se refere ao uso que a enfermeira faz de si de forma criativa, como parte criativa do processo de cuidar.

Falei que se soubesse de alguém que estivesse precisando de diarista a recomendaria. Vi a felicidade em seu rosto. Senti que estávamos juntas, em harmonia. Nesse momento do abraço, vivi o que Watson chama de momento de cuidado e me senti, como disse Lacerda (1996, p. 35): “a enfermeira após viver esta experiência de união dos selves, sente-se tocada em sua alma, na sua essência como profissional e como pessoa”.

Júpiter ainda relatou que o médico que a acompanha no ambulatório tinha diminuído a sua medicação, e que estava se sentindo muito bem. Despedi-me de Júpiter, dizendo-lhe que, assim que estivesse tudo acertado em relação ao grupo, voltaria para lhe avisar.

Separação

Como sempre, Júpiter foi bastante receptiva. Era evidente a satisfação com que ela nos recebia. A casa sempre limpa e organizada. Nesse dia, fui acompanhada de uma aluna da graduação e perguntei se ela não se incomodava com a sua presença.

Pedi, então, para que ela me contasse um pouco como estava a situação com seu ex-marido. Ao contar algumas situações da vida de casada, como a casa em que morava, o emprego do marido, emocionou-se e seus olhos encheram-se de lágrimas. Fez-se necessário aplicar o elemento de cuidado 5 do processo *clinical caritas*, ser presente e apoiar e permitir a expressão de sentimentos positivos e negativos, como uma conexão profunda com o seu próprio espírito e o da pessoa cuidada. Disse-nos que tinha vontade de mudar as coisas em casa, pois tudo a faz lembrar dele. Falou de como se sentia após ter sido internada:

– “Sinto dificuldade de encarar a vizinhança. Parece que eles nos olham diferente depois do internamento”. – Estava, por meio dessas falas, expressando seus sentimentos, e agora eu precisava auxiliá-la a enfrentar tal situação. Fazendo uso do elemento de cuidado 6 do processo *clinical caritas*, segundo o qual se deve agregar ao conhecimento teórico outros saberes, como a intuição e a sensibilidade, falei o quanto era importante ela se envolver nas atividades da comunidade, pois isso a ajudaria a se aproximar das pessoas, permitindo também que elas a percebessem de forma diferente.

Ela reclamou da aparência dos dentes, que gostaria de arrumá-los. Retomei com ela a importância de se cuidar, de tomar a medicação, ir às consultas com o psiquiatra, de como era bom estar em casa, junto com a família (seu filho) e de poder se sentir útil a alguém. Disse que estava freqüentando a igreja católica, estava indo à novena e que se sentia bem em escutar o programa do Padre Marcelo.

Nesse momento, foi pertinente a aplicação do elemento 10 do processo

clinical caritas, pois era preciso cuidar da alma do ser que estava sendo cuidado, reconhecendo que, no modelo de saúde vigente, não há respostas para tudo. Também utilizei o elemento 2, pois, ao considerar o seu marco de referência, acrescentando fé e esperança no momento de cuidado, estava contribuindo para fortalecer ainda mais a pessoa diante das diversidades da vida. Falei para ela o quanto eu ficava feliz de vê-la bem disposta, que as visitas estavam terminando, mas ela podia entrar em contato comigo pela unidade de saúde, e que, quando o grupo estivesse para começar, ela seria avisada.

Ela me deu seu telefone para que eu pudesse falar com ela a respeito do serviço de diarista, quando aparecesse. Despedi-me com um forte abraço. Para Lacerda (1996), a separação representa a maturidade de ambas as partes, enfermeira e cliente se liberam do vínculo criado por atingirem cada um os seus propósitos. Senti que houve um crescer, porém, acredito também terem ficado algumas lacunas e os objetivos serem parcialmente atendidos.

5.2 O CASO DA FAMÍLIA PLANETAS – SATURNO, URANO, NETUNO E ESTRELA

Essa família é composta de três irmãos e uma cuidadora, contratada pelo pai. Os três estão inscritos no programa de saúde mental da unidade de saúde. Segundo a agente comunitária de saúde, eles têm mais uma irmã, que também é portadora de transtorno mental, mas não reside na casa. Por isso, ela não fará parte do caso.

O mais velho é Saturno, com 42 anos, Urano é o do meio, com 36 anos, e o mais jovem é Netuno, com 32 anos. Estrela é o nome escolhido para a cuidadora, uma senhora de 52 anos.

A casa é própria, simples, mas bem organizada e limpa. É de madeira e está localizada numa região boa do bairro.

Contato inicial

Chegamos ao domicílio dos planetas. A agente bateu palmas e entrou, pediu-me para que esperasse no portão, pois um dos irmãos era muito difícil e, se tivesse retornado de seu internamento no hospital psiquiátrico, poderia criar confusão. Logo ela voltou acompanhada de um dos irmãos, Urano, que me convidou a entrar.

A casa simples estava limpa e organizada, ficamos na cozinha, sentamos à mesa, e o outro irmão, Netuno, juntou-se a nós. A cuidadora tinha saído, mas chegou logo em seguida. Iniciei me apresentando e perguntei se gostariam de conversar um pouco. Disseram que sim. Percebi que estavam desconfiados, pois não me conheciam, mas, com ajuda da agente, conseguimos progredir.

A agente perguntou pela irmã e disseram que estava bem, estava em sua casa com o rapaz com quem foi morar e a sua filha, mas que sempre aparecia por lá. Quanto ao outro irmão, continuava internado no hospital psiquiátrico.

Perguntei se eles já tinham sido internados, responderam que sim, por várias vezes.

– “Vocês tomam alguma medicação? Como estão tomando?” – A cuidadora disse que eles tomam e que ela é responsável pela medicação. Pedi para que me mostrassem como estavam tomando. Trouxeram uma sacolinha com as receitas e medicações. Conferi as receitas com o que eles falaram estar fazendo, e percebi que não estavam tomando da maneira correta. Orientei a cuidadora, que me pareceu ter dificuldades de compreender a importância da medicação, assim como Urano e Netuno. Ao realizar a orientação, estava aplicando o elemento de cuidado 7, do processo de *clinical caritas* de Watson (2003), pois, ao tentar explicar a importância da medicação e dos horários, desejava, por meio das informações, que eles pudessem ter mais controle sobre a sua doença e preparava-os para desenvolver o seu próprio cuidado.

Em seguida, Netuno foi para a sala assistir televisão. Respeitei a sua

atitude, como forma de expressão de seus sentimentos, procurando aceitar o seu sentir, valorizando-o positivamente, como sugere o elemento 5 de cuidado do processo *clinical caritas*. O irmão Urano e a cuidadora disseram que é o dia todo assim, Netuno gosta de ficar em casa, escrevendo ou assistindo TV. Urano sai à tarde para vender doces na praça e, no verão, vende sorvete. Eles vivem com o que o pai dá para eles. Despedi-me e perguntei se podia voltar. Disseram que sim. Foi um encontro bem característico do que Lacerda (1996) descreve como contato inicial do seu processo de cuidado, ou seja, caracterizou-se pelos primeiros contatos entre enfermeira, cliente e família. A cada novo ouvir ou olhar novas descobertas ocorrem e há um querer ou não avançar nessa relação. Procurei, durante nosso contato, aplicar o elemento 4 do processo *clinical caritas*, ou seja, por meio da comunicação verbal e não-verbal, da escuta pró-ativa, desenvolver e manter uma relação de ajuda e confiança, via cuidado autêntico. Tentei demonstrar o meu interesse em ajudá-los a enfrentar as dificuldades de sua doença.

Contato inicial

É a segunda visita e sinto que ainda estou no contato inicial com a família planetas, pois não percebi que existe um querer verdadeiro ao avançar na relação, porém, não senti o desejo de não o querer. A relação ainda não evoluiu, acredito, por serem pessoas com histórias de anos de internamento e exclusão, mas tenho grande desejo de continuar, por acreditar que, por mais crônico que seja o portador de transtorno mental, vai haver sempre uma parte sadia em que podemos trabalhar, pois, de acordo com Maftum (2004, p. 14) “a pessoa com sofrimento mental, ainda que crônico ou cronificado em internação prolongada, é, perante as leis da criação, um ser humano. Enquanto nele se detecte um mínimo de respostas afetivas [...], ele deve ser respeitado como ser humano”.

Hoje, quem nos recebeu foi a cuidadora, Urano e Netuno estavam deitados. Ao chamá-los, Urano mostrou-se resistente a levantar-se, mas Netuno logo

veio ao nosso encontro. Ao levantar-se, Urano mostrou-se inquieto, diferente do primeiro encontro. A cuidadora disse que ele não estava querendo tomar a medicação. Perguntei por que ele não estava tomando a medicação e ele disse:

– “Deus vai me curar. Ele disse”. – Logo percebi o momento da aplicação do elemento 5 do processo *clinical caritas* de Watson (2003), em que se faz necessário ser autenticamente presente, fortalecer e sustentar o profundo sistema de crenças e de subjetividade do seu mundo e do ser cuidado.

Deparei-me com uma dúvida: Será delírio por ter parado a medicação ou realmente sua crença? Senti necessidade de escutá-lo mais um pouco, para ter clara a necessidade dele no momento. Vi então que não era delírio e, então, respeitando sua crença, tentei mostrar-lhe que realmente Deus queria que ele ficasse bom, que o Deus dele realmente o ajuda, mas que ele tinha de fazer a parte dele, que era continuar tomando a medicação. Lembrei ele do motivo do último internamento, assim, possibilitei que ele descrevesse sua própria experiência com a recidiva e discuti a importância do controle dos sintomas e da adesão ao tratamento, como preconizado por Stuart e Laraia (2002).

Ele falou que tinha parado a medicação e que ouvia vozes, não conseguia dormir, não tomava banho e estava irritado. Ao final da conversa, ele concordou com o que eu tinha falado, dizendo que continuaria a tomar a medicação. Nesse momento, apliquei o elemento 7 do processo *clinical caritas* de Watson (2003), por meio de informações fornecidas pelo processo educativo, considerando o seu marco de referência, possibilitando que a pessoa cuidada tenha o máximo de controle sobre sua doença.

Netuno tinha uma particularidade, ele apresentava um sintoma denominado ‘ecolalia’, isto é, repetia o que falávamos e tinha comportamento pueril. Ao perguntar se ele gostaria de fazer algo fora de casa, ele nos disse que não. Tal comportamento de isolamento e abstinência social pode ser resultante de períodos longos de internamento, durante a sua trajetória de vida e pela gravidade de sua doença.

Pedi para ver novamente a medicação e vi que continuavam a tomar de forma errada, apesar da última conversa. A cuidadora realmente estava com dificuldades para desempenhar esse papel. Expliquei novamente como fazer, pedi para que repetisse, mesmo assim, fui embora sem a certeza de que a tinha feito entender.

Contato inicial

É o terceiro encontro com a família Planetas e vou até lá com uma certa ansiedade em relação a ela. Fiquei sabendo que Saturno tinha retornado de seu internamento. A agente veio conversando no caminho a seu respeito, disse-me que Saturno era dentre os outros o de maior dificuldade de relacionamento dos três, ficava a maior parte do tempo internado, pois era muito agressivo. Apesar dessas informações, tentei não me deixar influenciar e ir para o encontro, tentando fazer o que pede o elemento 5 do processo *clinical caritas*, ser presente e apoiar os sentimentos positivos e negativos como uma conexão profunda com seu próprio espírito e o da pessoa que está sendo cuidada, sem pré-julgamentos.

Antes de entrar na casa, a agente de saúde que me acompanhava pediu para que eu esperasse ela verificar como estavam as coisas na casa, se ele permitiria que eu entrasse. Logo ela retornou dizendo que podia entrar. Saturno encontrou-me na porta da cozinha, apresentei-me. Ele me olhou desconfiado e apertou a minha mão. Estava apertando a sua mão com a consciência e intenção de cuidá-lo de forma amorosa e gentil, como refere o elemento de cuidado 1 do processo *clinical caritas*.

Fomos até a cozinha, lá estavam Urano e Netuno. Percebi que Netuno estava ansioso, agitado, pedindo para que o levassem para se internar. Perguntei por que e ele disse-me que em casa não tinha nada para fazer, que queria ir para o hospital fazer atividade. Tentei conversar com ele e explicar que ele poderia fazer atividade sem precisar estar internado, falei da rede de apoio oferecida pelo

programa de saúde mental, das oportunidades no bairro. Ele disse não se sentir capaz de fazer as coisas. Esses comportamentos de auto-estima baixa, segundo Stuart e Laraia (2002) é resultante de respostas neurobiológicas com má adaptação. Apesar de se acalmar um pouco, continuava ansioso. Eu estava, nesse momento, aplicando o elemento de cuidado 9 do processo *clinical caritas*, no intuito de atender às suas necessidade no momento.

Urano não quis conversar e foi para o quarto. Não interferi, pois, de acordo com o elemento 5 do processo *clinical caritas*, devo ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos. Devo demonstrar interesse e compreender que tal comportamento, ou seja, a dificuldade de estabelecer interações afetivas e efetivas, faz parte de sua doença. Quanto a esse fato, Taylor (1992, p.71), ao falar da aceitação como base de todas interações entre enfermeira e cliente, cita que ela “reconhece que o paciente comporta-se tão bem quanto é capaz em um determinado momento. [...] não o censura, percebendo que este comportamento é um fator da doença”.

A cuidadora me chamou no canto da cozinha e me disse que achava que Netuno estava assim devido à presença do Saturno. Disse que Netuno gosta de tudo arrumadinho no guarda-roupa e que Saturno mexe e desarruma tudo, irritando o irmão. Eles não falam nada para Saturno, porque têm medo dele, ele é muito violento. Nesse momento, percebi a importância da aplicação do elemento 8 do processo *clinical caritas*, sobre a criação de um ambiente de reconstituição em todos os níveis, onde, via observações e interações, deve-se auxiliar o indivíduo a enfrentar alterações nesse ambiente, oferecer apoio, auxiliando a encontrar meios de enfrentamento para a situação. Ficou claro que a presença do irmão Saturno influenciou a mudança de comportamento de Netuno.

Perguntei para a cuidadora a respeito da medicação, ela mostrou-a, e novamente estava errado. Tal fato me preocupou, me despertou para a possibilidade de a cuidadora apresentar comportamentos relacionados com problemas cognitivos

conseqüentes de algum transtorno mental, conforme descrito por Stuart e Laraia (2002), como de memória (esquecimento, desinteresse, falta de adesão).

Despedi-me deles. Netuno nos acompanhou até o portão. Eu disse que em breve traria notícias de algo que ele pudesse participar ali mesmo no bairro. Fui embora e ainda sinto que estou na primeira fase do processo de cuidar, pois não senti o evoluir dessa relação. Talvez tenha progredido um pouco com a cuidadora e com Netuno, porém, com Urano e Saturno, ficou claro que ainda estão distantes.

Ao final da visita, retornei à unidade de saúde e, ao conversar com a agente de saúde e enfermeira da equipe de Saúde da Família responsável pela área dessa família, tive a informação de que a cuidadora também estava inscrita no programa de saúde mental da unidade, confirmando meu pensamento. Concluímos que essa família necessitaria de mais visitas e de uma outra forma de identificar os horários das medicações, para facilitar o entendimento por parte da cuidadora.

Contato inicial

Chegamos à casa dos Planetas e fomos recebidas pela cuidadora, que nos contou que Saturno foi reinternado, pois piorou. Ficamos na cozinha, como de costume. Urano e Netuno vieram juntar-se a nós. Urano, ainda pouco interativo, respondia apenas ao que perguntávamos. Contou-nos que estava saindo durante a tarde, para vender suas cocadas.

Contudo, percebi que houve um evoluir na relação, pois eles vieram ao nosso encontro, sem que precisássemos chamá-los. Pode não parecer muito para quem está de fora, mas quem convive com portadores de tal transtorno mental sabe que é um bom progresso.

Netuno veio nos mostrar o que estava fazendo, trouxe caderno, lápis de cor, um livro de matemática, estava com aparência melhor, mais alegre. Procurei demonstrar interesse, interagindo de forma empática, valorizando o que ele tinha feito. Assim, eu estava utilizando o elemento 4 do *processo clinical caritas*. Ele disse

que foi uma agente de saúde que tinha trazido para ele os materiais. Falava bastante, mais do que de costume. Com Netuno, a relação evoluiu e estávamos entrando na segunda fase do relacionamento, a **aproximação**. Contudo, o fato de ele estar mais falante me deixou alerta para a possibilidade de uma exacerbação de sintomas de sua doença.

Nesse momento, foi possível e pertinente a aplicação do elemento 5 do processo *clinical caritas*: estar presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos, como uma conexão com uma parte mais profunda do próprio espírito e do espírito do outro.

Fiquei feliz com o avanço desse dia. No entanto, Urano ainda se mantinha no contato inicial, demonstrava desconfiança, sem muita conversa.

Contato inicial

Encontramos Urano e Netuno na cozinha. Netuno mostrou-se agitado e confuso, contou-nos que escutava vozes, aumento de tremores de extremidades superiores, referiu sentir vontade de morrer, interrompeu a conversa conosco e foi assistir a televisão. A dúvida da visita anterior quanto à exacerbação dos sintomas tinha se confirmado. Permaneci sentada na cozinha e, novamente, era vez para a aplicação do elemento 5 do processo de *clinical caritas*, permiti que ele expressasse seus sentimentos.

Quando se retirou, a cuidadora nos relatou que ele, já havia alguns dias, ficava no quintal chorando, falando sozinho e dizia sentir saudades de sua mãe, que já é falecida. Perguntei se tinha acontecido alguma coisa de diferente por esses dias e ela disse que não. Senti que a relação com a cuidadora evoluiu, chegamos à aproximação, pois, segundo Lacerda (1996, p.33), “[...] várias formas de comunicação ocorrem, vários temas são abordados e a enfermeira e o cliente movimentam-se para a união”.

Pedi para conferir a medicação. Foi quando, ao conversar sobre como

estava administrando a medicação, percebi que a medicação antipsicótica de Netuno estava sendo administrado em dose menor, não pela falta de compreensão dela, pois a cuidadora disse-me que a medicação tinha sido reduzida na última consulta, devido à queixa do paciente de estar se sentindo sedado. Netuno estava apresentando alucinação auditiva, precisava de uma intervenção imediata, pois corria o risco de ter de ser internado. Eu precisava usar o elemento 9 do processo *clinical caritas*, atender à necessidade básica afetada, via uma consciência intencional de cuidado, para poder potencializar, nesse indivíduo, o alinhamento entre corpo-mente-espírito. Pedi para que ela levasse, ainda naquele dia, Netuno até a unidade de saúde para consulta.

Despedi-me deles e fui até a unidade de saúde. Procurei a enfermeira da equipe responsável pela área e expliquei a situação de Netuno. Pedi para que ela discutisse ainda naquele dia com a médica a revisão da medicação dele, pois, se demorassem a fazê-lo, ele provavelmente precisaria de internamento.

Separação

Hoje é o último encontro com a família dos Planetas. Estou feliz, pois Netuno não precisou de internamento. A alteração na medicação deu certo. De acordo com Lacerda (1996), a separação acontece quando a enfermeira e o cliente liberam-se do vínculo criado, pois atingiram cada um os seus propósitos. Ela também fala que isso pode ocorrer de forma abrupta, mesmo que não tenha havido transformação, porque a separação é inevitável e muitas circunstâncias estão envolvidas. Nesse caso, ela aconteceu devido ao tempo que eu tinha para realizar este estudo.

Todavia, ficou claro que essa família precisa do cuidado domiciliar por um período maior. São pacientes crônicos, portadores de um transtorno mental grave. Apesar das dificuldades, houve avanços: a cuidadora compreendeu melhor a importância da medicação nos horários certos e Netuno, que queria ser internado

para poder sair de casa, concordou em participar do grupo de atividades que vamos iniciar na comunidade.

Parecia que eles estavam mais tranquilos e conseguindo a harmonia entre mente, corpo e espírito. Despedi-me com a sensação de que tinha dado o melhor de mim, mas que tinha aprendido e crescido muito, senti-me reconstituída. Senti que aconteceu um cuidado transpessoal, pois acredito ter atingido um dos pressupostos de Watson (1998.), que diz ser o cuidado transpessoal uma transação de pessoa a pessoa, em que o enfermeiro não atua no cliente, mas atua com o cliente, ambos num processo contínuo de interação.

Lembrei a cuidadora da importância de procurar a unidade de saúde, em caso de mudança no comportamento dos Planetas, que eu retornaria na próxima oportunidade e que, caso ela ainda tivesse dúvidas quanto à medicação ou qualquer outra, não deixasse de falar com a agente comunitária de sua área.

5.3 O CASO DE MARTE

Marte é do sexo feminino, é casada. Mora com seu marido e um filho. Segundo informações da agente comunitária, ela está inscrita no programa de saúde mental, devido a um quadro depressivo. Como sempre, procurei não saber muito sobre a cliente, para que não ocorressem pré-julgamentos.

Sua casa fica numa boa localização do bairro.

Contato inicial

A agente chamou-a e ela logo veio ao nosso encontro, emagrecida, pálida, falava fraco e não nos olhava no olho. Apresentei-me, apertei sua mão e perguntei se podia entrar. Ela disse que sim. A casa estava em reforma, o marido e o filho estavam dormindo, pois, segundo ela, trabalhavam à noite.

Marte demonstrava-se apática, sem energia. A agente iniciou a conversa e perguntou como ela estava se sentindo. Ela disse que estava bem, só estava fraca.

A agente respondeu:

– “Deve ser devido à cirurgia”. – Continuei perguntando que cirurgia ela tinha feito, se gostaria de falar sobre a cirurgia. Tentei deixá-la à vontade para falar do que ela quisesse. Assim, procurei realizar o que é descrito na fase inicial do processo de cuidar de Lacerda (1996), ou seja, um desvelar de ambas as partes, novas descobertas, de forma verdadeira, seguindo sempre a intuição.

Ela falou que tinha feito redução do estômago há oito meses, e que já tinha perdido mais de 60 quilos. Desde a cirurgia, não conseguia se alimentar bem, tinha vários episódios de vômito. Perguntei se estava fazendo acompanhamento médico e ela disse que sim, no Hospital de Clínicas. Perguntei das medicações e ela disse não lembrar de tudo. Levantou lentamente e foi buscar seus remédios. Dentre as vitaminas e outros remédios, estavam suas medicações psiquiátricas: haldol, akineton, imipramina. Perguntei:

– “Marte, antes de inscrever-se no programa de saúde mental da unidade de saúde, onde você se tratava?” – Ela disse ter sido internada há mais ou menos três anos em hospital psiquiátrico e, desde então, está em tratamento ambulatorial. Falei para ela que já tinha trabalhado em alguns hospitais psiquiátricos, e conversamos um pouco sobre eles. Durante a conversa, usei elemento 1 do processo *clinical caritas* de Watson (2003), pois estava cuidando de forma amorosa e gentil, de forma consciente e intencional. Também fiz uso do elemento 4 do processo *clinical caritas*, o qual, por comunicação verbal e não-verbal, bem como escuta empática, possibilitou que eu a percebesse com maior profundidade.

Durante a entrevista, Marte mantinha-se desanimada, sem demonstrar interesse, apática, sendo pertinente a utilização do elemento 4 do processo de *clinical caritas*, o qual preconiza que a interação entre a enfermeira e o ser cuidado deve ser calcada por sentimentos de respeito, honestidade, verdade, de forma a promover a aceitação positiva do outro, sem julgamentos. O comportamento apresentado por ela certamente faz parte de sua doença, e segundo Taylor (1992, p.

71), aceitar o paciente “implica que a enfermeira tenta compreender o significado do que o cliente está transmitindo através de seu comportamento”, não sendo tal comportamento dirigido a ela, pessoalmente.

Senti que era o momento de me despedir. Eu disse que estava indo, pois precisava ainda visitar outros pacientes do programa. Perguntei se ela gostaria que retornasse, e ela disse que sim. Falei então que retornaria na próxima semana no mesmo horário.

Aproximação

Hoje Marte veio nos receber no portão e logo nos convidou a entrar. Aparentava ter tido uma pequena melhora. Fomos até a sala, onde nos sentamos e iniciamos a conversa.

– “Como tem passado, Marte?”

– “Estou bem, mas ainda não consigo me alimentar direito, tenho perdido peso por isso.”

– “Você tem ido às consultas no HC?”

– “Tenho, e o médico me pediu para comer mais vezes durante o dia, em pequenas quantidades, que eu fosse introduzindo os alimentos sólidos. Mas não consigo comer carne.”

– “Você perdeu muitos quilos?”

– “Sim. Veja como eu era.”

E me mostrou uma foto que estava na estante. Aproveitei e perguntei quem eram as pessoas que estavam na foto. Assim, ela me apresentou sua família. Suas duas filhas, seus genros e seu marido, seu filho, o mais novo, não estava na foto. Entramos realmente na fase de aproximação descrita por Lacerda (1996), a relação evoluiu, foram abordados vários temas durante a conversa e nos movimentamos para uma união, utilizando várias formas de comunicação, nas quais a enfermeira pode desenvolver uma relação de ajuda e confiança, por comunicação verbal e não-

verbal, como forma de perceber o outro mais profundamente, como refere o elemento 4 do processo de *clinical caritas* de Watson (2003).

Ficou evidente que ela tinha perdido bastante peso, pois parecia outra pessoa. Mostrou sua filha que estava morando no Japão. Disse que ela também fez a cirurgia, mas que, diferentemente da sua mãe, estava passando bem, conseguia comer melhor que ela.

– “E a outra filha sua, onde mora?”

– “Aqui mesmo no bairro, mas vejo ela pouco. Às vezes, ela vem aqui e traz os netos para mim ver.”

– “E você não vai visitá-la?”

– “É difícil, quase não saio, saio para as consultas no HC e para a consulta com o psiquiatra.”

– “E as medicações?” – Disse que estava acabando, mas que teria consulta e que pegaria a receita. Disse estar se sentindo bem com a medicação.

Perguntei se ela conhecia as atividades oferecidas na igreja, se ela não tinha vontade de participar. Disse que tinha ouvido falar, mas que nunca sentiu vontade de ir. Conversei com ela a respeito das palestras com o psicólogo, realizadas na unidade de saúde. Expliquei do que se tratava, informei o horário e o local em que aconteciam. Aqui estava utilizando o elemento 7 do processo *clinical caritas* de Watson (2003), ou seja, procurei, mediante informações oferecidas, instrumentalizá-la para o seu próprio cuidado, por meio do processo educativo. Ela falou que iria, porém, não senti muita animação de sua parte.

No entanto, evoluímos na relação, e ela parecia estar melhor, mais animada com a nossa conversa. O marido e o filho, como de costume, estavam dormindo, não consegui conhecê-los. Ela não falava muito deles. Pareceu-me ser mais ligada à sua filha que estava no Japão. Despedimo-nos com o compromisso de retornar para continuar a conversa.

Aproximação

Marte veio nos receber e era visível a sua melhora. Estava mais corada e até sorriu ao me ver. Abracei-a e falei o quanto estava feliz em vê-la melhor. Nesse momento, estava abraçando-a com a consciência de que eu possuo campos de energia que interferem no campo do ser cuidado, que podem contribuir para a melhora de estados afetivos, facilitar a interação e promover um campo de satisfação com a vida. Ela falou:

– “É, tenho me sentido melhor”. – O tom de voz dela era outro, falava mais alto, com mais força. O andar não estava mais tão lento.

Sentamos na sala, como de costume, e ela disse da saudade que sentia de sua filha que estava no Japão, que se sentia muito sozinha. Ao possibilitar que ela expressasse seus sentimentos, estava permitindo e auxiliando o ser cuidado a se reconstituir, ao encontrar-se com o sentimento por si mesmo a partir de sua história, assim estava aplicando o elemento 5 do processo *clinical caritas* de Watson (2003). Aproveitei para falar de o quanto era importante ela sair de casa, conversar com outras pessoas, fazer outras atividades. Conteí da minha experiência em morar longe da família, como enfrento a saudade. Continuávamos, na fase de aproximação descrita por Lacerda (1996), pois percebi um evoluir na relação. Caminhamos para que as almas, os espíritos se encontrem, sejam compreendidos e considerados.

Perguntei das consultas, e ela disse que seria nessa semana. Pedi para ver sua carteirinha e verifiquei que tinha perdido sua consulta com o psicólogo. Sua medicação também estava acabando e a próxima consulta demoraria. Orientei-a a ir até a unidade de saúde para remarcar a consulta e pegar os medicamentos.

Encerramos a visita com um abraço e o compromisso de um próximo encontro.

Encontro transpessoal

Passei duas semanas sem ir até a casa de Marte, devido a atividades profissionais. Ao chegar à unidade de saúde, fui informada por uma das agentes que, nesse período de ausência, o filho de Marte tinha sido assassinado durante um assalto ali mesmo no bairro. Seu filho era um adolescente e parecia estar envolvido com drogas, como usuário. Precisei me preparar para esse encontro, e comecei por refletir sobre o elemento 9 do processo *clinical claritas*. Busquei compreender o que aquela situação tinha mobilizado dentro de mim, o que representava para mim a morte, como poderia ajudá-la nesse momento.

Quando chegamos, Marte veio nos atender. Estava com aparência boa, apesar do que tinha acontecido. Ela tomou a iniciativa de abraçar-me pela primeira vez. Era o momento de cuidado, pois, de forma intencional, durante aquele abraço, senti que adentrei o seu campo fenomenológico e pude, assim, perceber a sua condição de alma, espírito. Conectamo-nos, nesse momento, uma com a outra e com a energia superior do universo. Esse abraço comprovou o que Watson (2003) afirma em relação às expressões utilizadas pelas enfermeiras para conectar-se com o outro, que são gestos, expressões faciais, toque, etc.

Fomos até a sala, ela sentou em frente a mim, possibilitando-me olhar nos seus olhos. Como forma de utilizar o elemento 5 do processo *clinical claritas*, falei que já estava sabendo o que tinha acontecido com o seu filho e perguntei se gostaria de falar sobre o assunto. Eu quis, assim, ser presente e apoiar a expressão de seus sentimentos, valorizando-os, considerando-os e possibilitando a sua recomposição.

Ela contou como tinha acontecido, como foi difícil receber a notícia. Falou dos planos que ele tinha e da falta que ele estava fazendo. Perguntei como ela estava se sentindo.

– “Eu estou bem agora, mas meu marido está pior da depressão.” – Para mim, foi um fato novo, pois, até então, ela nunca tinha falado sobre esse assunto

comigo. Disse que ele não dormia, não comia e ainda chorava muito, que estava sem medicação, mas tinha saído para providenciar, pois a medicação com a qual ele se acertou tinha de ser manipulada, não tinha na unidade. Percebi que ela estava cansada. Então, despedi-me, comprometendo-me a retornar na semana seguinte.

Tive a sensação de não ter cuidado, de impotência diante da situação que Marte estava enfrentando, mas logo lembrei do elemento 10 do processo *clinical caritas* de Watson, que me fez refletir sobre esses sentimentos e sobre o fato de que em nosso modelo de atenção à saúde não temos respostas para tudo, há coisas que não se sabe, há fenômenos insondáveis, há que se dar espaço para o mistério, não podemos controlar e nem compreender tudo.

Separação

Retornei na semana seguinte como combinado. Marte estava sozinha em casa. Seu marido tinha saído para resolver assuntos relacionados ao falecimento de seu filho. Sua expressão foi de satisfação em nos ver, estava com boa aparência, tranqüila. Sentamos na sala e, novamente, ela sentou-se em frente a mim, olhando em meus olhos, como se quisesse se aproximar. Nesse momento, usei o elemento 1 do processo *clinical caritas*, pois, ao demonstrar interesse em estar com ela naquele momento, estava cuidando de forma amorosa e gentil, bem como intencional, adentrando seu espaço vital, consciente de que estávamos conectadas uma à outra e ambas ao universo. Assim, permiti que emergisse de seu interior as suas necessidades.

Marte iniciou a conversa dizendo que sentia a falta de seu filho, que tinha ficado um vazio na casa sem ele, que se sentia triste. Permaneci escutando-a de forma empática, demonstrando interesse, respeito pelos seus sentimentos, tentando percebê-la profundamente, como refere o elemento 4 do processo *clinical caritas*.

Marte contou que a sua filha que mora no Japão ficou muito triste com o que aconteceu e não queria mais ficar longe da família, pois não deu tempo de vir

para o velório do irmão. Disse que a vinda da filha deixou-lhe menos triste, mas entendia que ela não substituiria o seu filho. Coube então a aplicação do elemento 5 do processo *clinical caritas*. Procurei estar com ela e apoiar a expressão de seus sentimentos, auxiliando-a a reconstituir a si mesma, por meio do encontro com seus sentimentos, a partir de sua história de vida. Perguntei como estava se sentindo após a nossa conversa e ela disse-me que se sentia melhor.

Expliquei que seria a última visita, mas que ela continuaria a ser visitada pelas agentes de saúde de sua área. Agradei-lhe ter compartilhado comigo partes de sua vida. Falei da importância em continuar o tratamento e do vínculo com a unidade de saúde.

A separação aconteceu sem que tivessem ocorrido transformações em sua vida, mas acredito que, pelo menos, consegui confortá-la e ajudá-la, de forma que viesse a enfrentar de maneira mais tênue, e com menor sofrimento as situações vividas, como a solidão e a morte.

5.4 O CASO DA FAMÍLIA CONSTELAÇÃO

Na casa moram três irmãos, todos inscritos no programa de saúde mental. Essa família é composta de duas mulheres e um homem. Uma das mulheres assumiu o papel de cuidadora. Fui visitá-los, indicada pela agente comunitária, bem como pela enfermeira da área, ao me informar que esta família estava inscrita no programa de saúde mental, e era uma das famílias com maior dificuldade e mais conflitos familiares.

A cuidadora, a quem chamarei de Lua, tem 65 anos, a sua irmã chamarei de Dalva, 45 anos, seu irmão Sol tem 55 anos. A agente de saúde tinha me falado que a Dalva dentre os demais era quem tinha o estado de saúde mental mais grave, que teve vários internamentos, não completando nenhum, pois sempre fugia ou manipulava os parentes para tirá-la de alta a pedido. Tem vários episódios de agressividade à família e a profissionais da área.

A casa é simples, está localizada numa área de invasão, é de madeira e no quintal há uma horta.

Contato inicial

Ao chegar à frente da casa encontramos, Lua na porta. A agente de saúde me apresentou. Perguntei para ela se poderia entrar para conversar um pouco. Disse que sim. Lua estava com o aspecto descuidado, cansada, falava muito e não parava de andar. Disse que estava nervosa, devido a sua irmã Dalva. Ela implica muito com Lua e com Sol, exige que ela dê dinheiro para comprar cigarro, roupas. Quando Lua não tem para dar, fica irritada, agressiva. Lua disse tentar fazer tudo para agradar-lhe, para ela não ficar agressiva. Mostrou-me a janela com o vidro quebrado e um armário que Dalva quebrou na última crise. Os vizinhos reclamam muito das confusões e gritarias, quando Dalva chega da madrugada, muitas vezes, embriagada. Eles também têm muito medo dela, quando ela começa a quebrar tudo e bater em Lua ninguém vem ajudar, revelou Lua. Lua também mostrou o quarto que ela deu para Dalva dormir.

– “É o melhor cômodo” – disse Lua. – “Deixei ela ficar ali para agradar, mas ela nunca está satisfeita”. – Perguntei do seu irmão Sol.

– “Ele não incomoda, é bonzinho. É só dar a medicação e levar nas consultas. Fica mais no quarto dormindo. Faz tempo que não se interna, mas Dalva implica comigo e com ele. Quando ela faz isso, ele fica nervoso”. – Nesse momento, parou de falar.

– “Ela chegou!”

Era Dalva. Apresentei-me e expliquei o que estava fazendo ali. Ela me pareceu tranqüila. Disse que estava na casa de uma vizinha, fazendo crochê. Pedi para ver. Elogiei seu trabalho, pois estava muito bem feito. Apesar das informações dadas por Lua a respeito de Dalva, procurei realizar a interação com ela calcada por sentimentos de respeito, honestidade, verdade, de forma a promover a aceitação positiva dela, sem julgamentos, para percebê-la com maior profundidade, usando assim o elemento 4 do processo *clinical caritas* de Watson (2003). Disse que vendia

e me mostrou outros que tinha feito. Mostrou também seu quarto, tudo muito em ordem e falou:

– “Gosto de tudo limpo e arrumado e brigo com ela [Lua], porque é porca, e ele [Sol] também. Lavei o banheiro cedo e ele sujou.”

As duas começaram a discutir. Tive de intervir. Fiz uso do conhecimento intuitivo agregado ao conhecimento teórico e experiências já vivenciadas em outros contextos de cuidado com pacientes portadores de transtorno mental, para identificar as necessidades que emergiam do ser cuidado. Expliquei que entendia a posição das duas, mas que cada um tem de ceder um pouco, para facilitar a convivência, para evitar as brigas. Após se acalmarem, resolvi encerrar a visita. Disse que retornaria outro dia, para continuar a conversa.

Contato inicial

Retornei à casa da família Constelação, para continuar a fase do contato inicial. Ainda tinha muito que conhecer dessa família, precisava ouvir mais eles, inclusive Sol, com quem não pude interagir no contato anterior. Acontecia aquele querer e, ao mesmo tempo, temer se mostrar, descrito por Lacerda (1996). O momento anterior tinha sido confuso, não percebi se realmente havia o desejo naquela família de avançar na relação.

Pensando no contato anterior, conclui que o primeiro passo para conduzir essa família à reconstituição era possibilitar um ambiente reconstituído em todos os níveis, como refere o elemento 8 do processo *clinical caritas*, lembrando que esse ambiente inclui tanto as variáveis externas (espaço físico) como também as internas (o sentir). Quanto ao espaço físico, apesar de humilde, encontrava-se limpo e organizado, o ponto principal, então, eram as relações estabelecidas entre eles.

Precisei demonstrar interesse em ajudá-los, ser sensível e verdadeira, como forma de desenvolver a relação de ajuda. Nesse momento, a escuta empática foi o meio de comunicação que possibilitou o início do vínculo com eles. Estava

utilizando o elemento 4 do processo *clinical caritas*.

Quem nos recebeu foi Lua. Dalva estava fora. Ao entrar na sala, encontramos Sol sentado à mesa. Assim como Lua, ele estava com aparência de descuido, barba por fazer. Cumprimentei Sol com um aperto de mão e “Bom dia!”. Ele me respondeu. Falava com dificuldade, mas tinha boa compreensão. Mostrou seus remédios, todos guardados numa caixa.

– “Lua é quem cuida dos horários”.

– “Como estão as coisas por aqui, Lua?”

– “Do mesmo jeito. Saio para vender picolé, porque tenho que sustentar a casa. Não quero briga com Dalva. Não tenho dormido direito. Fico com medo dela. Ela é muito agressiva. Às vezes tenho pena, outras, tenho raiva.”

Possibilitei que ela falasse sobre os seus sentimentos positivos e negativos, como forma de ajudá-la na sua própria reconstituição. Assim, estava fazendo uso do elemento 5 do processo *clinical caritas* de Watson (2003).

– “Você tem tomado a medicação?”

– “Não, eu parei.” – Conversei com ela sobre a sobrecarga de cuidar dos outros. Enfatizei que era importante ela se cuidar também. Sugeri que ela fosse até a unidade de saúde para uma nova consulta. Aqui coube a aplicação do elemento 7 do processo *clinical caritas*, no qual a enfermeira, mediante informações e alternativas, pelo processo educativo, possibilita o indivíduo a cuidar de si mesmo.

Encerramos a visita, porque Lua precisava sair para trabalhar. Combinei de retornar mais vezes.

Aproximação

Nessa visita, fomos novamente recebidas por Lua. Ela estava ansiosa, falando bastante e muito chorosa.

– “Lua porque está assim?”

– “Estou preocupada, com medo”.

– “O que houve?”

– “Na semana passada, Dalva e eu brigamos, porque ela queria dinheiro. Ela quebrou as coisas de casa, me bateu e tentou me machucar com uma faca. Antes eu não reagia, agora eu me defendo, pois não agüento mais ela.”

Nesse momento, ela chorou, segurei sua mão como forma de fazê-la sentir a minha presença e apoiar a expressão de seus sentimentos, estabelecendo conexão profunda entre o meu espírito e o dela, tentando promover o realinhamento entre corpo, mente e espírito. Usei, nesse momento, o elemento 5 do processo *clinical caritas*.

Lua contou que, depois da briga, Dalva sumiu. Esse fato é comum, segundo ela.

– “Toda vez que ela apronta, ela desaparece. Fui várias vezes buscar ela no centro, suja, junto com os mendigos. Agora não sabemos onde ela está. Dalva tem uma filha que mora aqui perto. Tem outra de um outro casamento, mas mora com a família do pai, parece que com os avós. Faz muito tempo que não sabemos dela.”

Perguntei o endereço da filha que morava no bairro para que pudesse visitá-la. Durante a conversa com Lua, o seu irmão Sol nos interrompeu várias vezes. Estava com roupas sujas, ansioso, falante e confuso. Demonstrou estar preocupado com a segurança de sua irmã Lua, pois presenciou a agressão de Dalva. Fiquei preocupada com seu estado. Pensei em levá-lo à unidade para uma consulta, mas, ao conferir sua carteirinha, verifiquei que ele tinha consulta com psiquiatra na manhã seguinte. Orientei Lua a procurar a unidade, caso ele piorasse.

Falei novamente com Lua sobre a importância de ela também se cuidar, que seria bom ir até a unidade para uma consulta e, quem sabe, ela conseguisse um encaminhamento para atendimento com o psicólogo. Ela demonstrou resistência a buscar ajuda. Disse já estar tomando medicação.

Encerrei a visita, pois ainda queria ir até a casa da filha de Dalva, ver se

tinha notícias dela. Também, precisava pensar sobre como ajudar de forma mais efetiva essa família. Avisei a Lua que retornaria na semana seguinte.

Contato inicial com a filha de Dalva

A casa estava fechada, parecia não ter ninguém. Resolvi chamar mais uma vez, então, ela veio nos receber.

Estrela é jovem, tem um filho e mora com um rapaz há pouco tempo. Aceitou que eu entrasse para conversar. Ela também não sabe onde a mãe está. Falou que todos estão cansados com as coisas que Dalva faz. Contou que não está trabalhando, pois está se tratando de depressão. Reclamou que a medicação não tem surtido efeito. Que continua triste e sem ânimo. Expliquei que essa medicação demora para fazer efeito, mas que, se ela sentisse que estava pior, teria de rever com o médico a medicação ou um ver outro tipo de acompanhamento.

Durante a conversa, o seu companheiro passou várias vezes pela sala, parecendo estar incomodado com a nossa presença. Assim, decidi me despedir de Estrela.

Aproximação

Uma semana depois, retornei ao domicílio Constelação. De longe, escutei um barulho. Pareceu-me uma briga. Por um momento, fiquei com receio de me aproximar, pois não tinha recursos para lidar com situações de agressividade, como tinha no hospital, isto é, grupo de ajuda, medicação. Minha única ferramenta era a comunicação terapêutica. Contudo, precisava verificar o que estava acontecendo.

Ao chegar ao portão, Dalva veio ao nosso encontro, gritando e tentou nos agredir com um pedaço de madeira. Tentei me aproximar, sem sucesso. Lua gritava, pedindo ajuda e, ao mesmo tempo, mandava eu ir embora, pois Dalva poderia nos machucar. Um vizinho aproximou-se e ela entrou na casa.

Essa situação fez-me refletir sobre o elemento 1 do processo *clinical caritas*, pois eu precisava, nesse momento de cuidado, fazer valer valores como

amor, gentileza, imparcialidade. Não podia me colocar a favor de nenhum dos envolvidos, pois todos se encontravam adoecidos, porém, expressavam seus sentimentos de maneiras diferentes. Eu precisava também encontrar uma solução para atender às necessidades afetadas naquele momento, tanto do agressor como também do que foi agredido. Aplicando o elemento 9 do processo *clinical caritas*, que se refere a ajudar nas necessidades básicas afetadas, busquei ajudá-los.

Liguei para a unidade de saúde, explicando a situação e pedi ajuda da equipe. Enquanto a ambulância não chegava, os vizinhos chamaram a polícia. Dalva parou de gritar e permaneceu em casa. Em seguida, ela foi até a unidade de saúde e tentou agredir algumas pessoas que estavam lá. Foi necessário, então, encaminhá-la para a unidade de referência em psiquiatria mais próxima. De lá, ela foi encaminhada para internamento em um hospital psiquiátrico da cidade.

Aproximação

Realizei essa visita para ver como estavam Lua e Sol. Encontrei Estrela, que estava visitando seus tios. Todos estavam mais tranquilos, já fazia duas semanas da crise que levou Dalva ao internamento.

Estrela tinha ido visitar Dalva e disse que ela estava muito sedada, pois chegou muito agitada para o internamento. Ela estava acompanhando o internamento da mãe. Falou da dificuldade de todos de lidar com as crises dela. Contou que até conseguiram uma casa para ela morar sozinha, mas não deu certo. Disse que a mãe bebia e levava homens para fazer bagunça. A proprietária não quis que ela continuasse lá.

Perguntei como estava se sentindo depois do nosso último encontro. Disse estar um pouco melhor, mas que ainda não estava bem, que a situação com a mãe a deixou triste. Disse que o seu filho tem medo da avó, que sua mãe é muito trabalhadora e caprichosa, mas que não se cuida, bebe, pára com a medicação, por isso fica agressiva.

Lua nos falou que a mãe deles sempre tratou Dalva de forma diferente.

Dando tudo o que ela queria. Falou que teve maridos bons, mas que não agüentaram conviver com ela. Apesar de estar mais tranqüila, disse se preocupar com o seu retorno para casa após o internamento.

Sol estava calmo, conseguiu conversar melhor, mas seu discurso é pobre. Demonstrou gostar da visita, de nossa presença. Mostrou novamente sua caixa de remédios. Falou um pouco dos seus internamentos.

Encerrei a visita dizendo que retornaria para conversar com eles e saber notícias de Dalva.

Separação

Após duas semanas, retornei à casa Constelação. Sabia que Dalva teve alta do hospital. Precisava conversar com ela, ver como estava após o internamento.

Ela não estava em casa. Quem nos recebeu foi Lua. Disse que Dalva saiu para tentar receber um dinheiro de uma faxina. – “Ela está bem calminha, depois do internamento. Não brigou mais.”

– “E você como, está se sentindo?”

– “Estou bem, consigo dormir melhor. Se ela fica bem, eu e Sol também ficamos.”

Sol estava dormindo. Não quis que o chamasse. Expliquei para Lua que era a última visita, mas que eles continuariam sendo visitados pela agente e a equipe de saúde da família e que, se ela percebesse alguma alteração em Dalva, deveria pedir auxílio na unidade, e disse que não esperasse ela entrar em crise. Retomei a importância de ela se cuidar. Quis reforçar informações que já tinha dado antes, no intuito de sensibilizá-la da importância do cuidado de si. Apliquei, portanto, o elemento de cuidado 7. Dei um abraço e agradei-lhe ter compartilhado comigo suas dificuldades e a sua confiança.

Nesse momento, Dalva chegou. Olhou para mim e sorriu. Apertei sua mão e falei o quanto era bom vê-la bem. Ela pediu desculpa pelo que fez na crise. Disse:

– “Eu aprontei com vocês, né?” – Falei que entendia que ela não estava bem naquele momento, mas que ela deveria se cuidar mais, para que estas situações não acontecessem novamente.

– “Você poderia ter machucado alguém.”

– “Não quero mais me internar, vou me cuidar.” – Despedimo-nos com um abraço.

A separação aconteceu sem que tivesse ocorrido transformação. Evoluímos pouco. A dinâmica familiar é complicada e precisa de intervenção de outros profissionais. Tal fato corrobora o que pensa Lacerda (1996), quando, ao descrever a fase de separação, diz que pode ocorrer de forma abrupta, mesmo sem transformação, mas é inevitável e muitas circunstâncias estão envolvidas.

Nesse caso, a separação aconteceu sem que houvesse o encontro transpessoal. Na relação de cuidado, não ocorreu união, um estar junto, em harmonia e mutualidade, conforme descrito por Lacerda (1996), de forma a transcender cada um. No entanto, a relação foi permeada por vários momentos de cuidado.

6 ANÁLISE DO CUIDADO TRANSPESSOAL VIVIDO

De acordo com Yin (2001, p. 156), a fase de análise de estudo de caso “representa o estágio mais difícil de ser atingido, ao realizar estudos de casos”. Para se obter um estudo de caso de qualidade e com vistas a diminuir as dificuldades analíticas, o pesquisador deve ter uma estratégia geral para análise. Depois, o pesquisador poderá utilizar estratégias específicas, como análise de séries temporais, construção das explicações, adequação padrão e modelos lógicos de programa. Contudo, o autor ressalta que nenhuma das estratégias é fácil de usar. Seja qual for a técnica escolhida, deve-se aplicar a lógica de replicação, se o estudo envolver casos múltiplos.

Utilizei como estratégia geral a descrição de casos, que, segundo Yin (2001), é uma estratégia que visa a desenvolver uma estrutura descritiva, a fim de organizar o estudo de caso. Sendo que foi apresentado no capítulo anterior, ao descrever os casos um a um e associá-los ao referencial teórico do estudo. Como estratégia específica, optei pela ‘construção da explicação’, que, segundo Yin (2001), tem o objetivo de desenvolver idéias para um novo estudo. Quando aplicada a estudo de casos múltiplos, essa explicação corresponde à criação de uma análise cruzada de caso, não simplesmente à análise de cada caso único.

A partir dessa pequena exposição, a seguir, forneço maiores esclarecimentos sobre os casos estudados, sob a forma de narrativa resultante da análise cruzada dos casos.

Ao realizar a análise cruzada dos casos individuais, percebi alguns pontos comuns entre eles, bem como particularidades que alguns deles apresentaram.

Como ponto em comum aos casos, percebi a **falta de engajamento em atividades de sua comunidade e, em alguns casos, em atividades da vida diária, no seu próprio núcleo familiar**, por parte dos seres cuidados. Isso fica evidente em alguns trechos de falas das pessoas, durante as conversas, enquanto

eu realizava o cuidado transpessoal de enfermagem em seus domicílios, as quais apresento a seguir:

[...] a única coisa que faço é cuidar da casa, lavo roupa e cozinho. (Júpiter)

[...] Saturno fica só em casa escrevendo ou assistindo TV. (Estrela)

[...] Urano sai à tarde para vender doces na praça. (Estrela)

[...] cuido da casa e só saio para ir ao médico. Fico em casa, minha filha que mora perto, às vezes, traz meus netos aqui. (Marte)

Ressalto esse ponto, pois, diante da reforma psiquiátrica que ora acontece no Brasil, no estado e no município, busca-se, dentre outras medidas, a inclusão dessas pessoas em seu núcleo familiar e na sociedade. Tal achado neste estudo confirma o que foi observado por Colvero et al (2004, p. 200):

[...] evidenciamos que o retorno do doente mental à família e à comunidade é polêmico e permeado por contradições; dentre estas, é oportuno reiterarmos a carência de serviços extra-hospitalares na comunidade, a descontinuidade dos programas de reinserção social do doente mental e a desconsideração dos desgastes a que ficam sujeitos os familiares.

Isso mostra que, apesar das transformações ocorridas no campo da saúde mental e psiquiatria, decorrentes da reforma psiquiátrica, ainda é tímido o investimento na melhoria do cuidado a esses pacientes. Quanto a isso, Maftum (2004, p. 50) diz: “ressalto a importância do preparo e conscientização da família e da coletividade em geral, no entendimento do processo saúde e doença mental, bem como no aparato para acolher e cuidar desse paciente no domicílio”.

A reabilitação psicossocial, de acordo com a OMS citado por PITTA, (1996), “seria o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários”.

Também, Pitta (1996, p. 22) diz que “se existir uma técnica em Reabilitação Psicossocial ela teria que se aproveitar de todas as técnicas disponíveis para estabelecer melhor as negociações entre as necessidades dos pacientes e as oportunidades/recursos do contexto”.

Colvero *et al* (2004) afirmam que, na abordagem da reabilitação psicossocial, deve-se incluir a família na condição de protagonista do cuidado reabilitador, devendo esse cuidado ser parceiro dos que trabalham nos diversos projetos, nos diferentes equipamentos de atenção à saúde mental. Contudo, salientam que, na prática, o que se vivencia são processos de desospitalização e desassistência das pessoas que sofrem psiquicamente.

Diante do que foi vivido durante o estudo e da literatura pesquisada, evidencia-se a carência de serviços de apoio à pessoa portadora de transtorno mental e sua família, para que a reabilitação psicossocial ocorra de forma efetiva.

Um segundo ponto em comum e que acredito ser relevante analisar é o **despreparo do cuidador**. Quanto a essa evidência, trago um recorte dos casos individuais, que apontam para tal dificuldade.

Conferi as receitas com o que eles falaram estar fazendo, e percebi que não estavam tomando [a medicação] da maneira correta. Orientei a cuidadora, que me pareceu ter dificuldade de compreender a importância da medicação. (Caso Planetas).

Sgambati (1983), em seu estudo sobre reinternação e rejeição familiar, relata que, diante das mudanças no modelo assistencial ao portador de transtorno mental, não se tem avaliado se suas famílias estão sendo preparadas para assumir o encargo de cuidadoras.

Em outro estudo sobre famílias de portadores de transtorno mentais, Colvero *et al* (2004, p. 198) destacam as demandas dos parentes que procuram serviços e profissionais da área, como:

[...] dificuldades para lidarem com situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita.

Sobre isso, Esperidião (2001) afirma que hoje existe consenso de que, ao se apoiar e orientar a família, ela passa a ter condições de compartilhar seus problemas com a equipe de saúde, colaborando com a desinstitucionalização e

reinserção social do indivíduo.

Nasi *et al* (2004) afirmam que, em se tratando de famílias de pacientes psicóticos, um dos papéis dos profissionais do campo de saúde é auxiliá-las no entendimento dessas doenças, pois a família é o suporte para a vida de qualquer pessoa, mas, para doentes mentais psicóticos, ela tem especial importância, pelo fato de esses sujeitos, na maior parte das vezes, necessitarem de cuidados e acompanhamento, por parte dos membros do núcleo familiar.

Outro dado importante foi o **estigma** que a sociedade impõe, após o primeiro internamento. A seguir, trago dois recortes de um caso individual, que exprime o peso que essas pessoas carregam:

Sinto dificuldade em encarar a vizinhança. Parece que eles me olham diferente depois do internamento. (Júpiter)

[...] não consegue emprego, porque as pessoas, depois que ela adoeceu, que teve que internar em hospital psiquiátrico, acham que ela não tem capacidade para trabalhar. (Caso Júpiter)

O estigma relacionado ao transtorno mental advém do medo do desconhecido, de um conjunto de falsas crenças, que foram construídas socialmente, ao longo da história dessa doença.

De acordo com Puel et al (1999, p. 33), “o estigmatizado é discriminado e tem reduzidas suas chances de vida, sendo criados termos para distingui-lo, como ‘louco’. Termos que banem e degradam, penalizam e excluem, porque o estigma tende a predominar e abafar qualquer outro atributo ou característica”. Ainda, esses autores referem que, quando essas pessoas estão em tratamento ou mesmo após o final dele, permanece a descrença de que um dia venham a ser novamente ‘normais’.

Diante das conseqüências geradas pelo estigma, o portador de transtorno mental compreende, como afirmam Puel et al (1999, p. 34) que, “por mais que tente falar, expressar seus afetos, desejos e queixas, raros serão os que perderão um só segundo para ouvi-lo. Ele se percebe esvaziado, desqualificado naquilo que é e no

que possui de singular”.

Apesar de alguns avanços decorrentes da reforma psiquiátrica, barreiras precisam ser gradualmente quebradas. Diante dessa problemática, a organização Mundial de Saúde (OMS) põe esse tema em foco, com o objetivo de pôr fim à exclusão, e, em seu último relatório, abordou o tema ‘a esperança e compreensão’, enfatizando que ciência e sensibilidade devem caminhar juntas, na busca de superar essa barreira (AZEVEDO, 2002).

Em outro estudo, Azevedo (2002) destaca a necessidade de se estar mais atento a esse grupo de pessoas, de forma a contribuir para criar as merecidas oportunidades para elas, permitindo levá-las a uma vida normal e a regressarem à comunidade, como membros produtivos, autoconfiantes e capazes de desenvolver todo o seu potencial.

Azevedo (2002, p. 1) ainda ressalta que o portador de transtorno mental “não deve ser discriminado, tem o direito de ser tratado pela sua comunidade e deve receber tratamento livre, não restritivo. [...] Quando possível, deve permanecer junto à sua família ou receber atendimento integrado aos serviços de saúde existentes”. Também, o autor afirma que, “na realidade, nós todos somos responsáveis pela situação atual da saúde mental e também possuímos os meios e o conhecimento para mudar o panorama que se aproxima”.

Outro ponto que encontrei, ao analisar os casos, foi em relação as pessoas portadoras de transtorno mental apresentarem **auto-estima diminuída**, expressada em comportamentos e em falas, como a destacada abaixo:

Tentei conversar com ele e explicar que ele poderia fazer atividade sem precisar ir até o hospital, podia fazer ali mesmo em seu bairro. Disse não se sentir capaz de fazer as coisas. (Caso Planetas, sobre Netuno).

Essa característica é resultante de uma trajetória de intervenções terapêuticas inadequadas, que fizeram com que a pessoa portadora de transtorno mental sofresse limitações em sua condição de cidadão e sujeitos de direito.

Segundo Puel et al (1999, p. 43), “a percepção de sentir-se segregado traz

consigo um sentimento de desvalia e fragilidade, que é aumentado a cada ato incomum”. Falam, ainda, que a pessoa portadora de transtorno mental “se vê progressivamente perdida num emaranhado de situações (internações, altas, distanciamento das pessoas etc.) [...] Há uma evidente deterioração do relacionamento do doente mental com o meio social”.

O isolamento e exclusão a que essas pessoas foram submetidas, após terem sido rotuladas de doente mental, levou-as, segundo Bressan e Scatena (2002, p. 3), à cronificação, “[...] pois perderam completamente os vínculos familiar e social”. Contudo, os autores relatam que várias experiências de reabilitação desses pacientes trouxeram resultados favoráveis, destacando a independência do paciente para autocuidados, melhora na auto-estima, melhora do relacionamento interpessoal e diminuição das readmissões hospitalares.

Acredito que outro fator importante na diminuição da auto-estima refere-se a ausência do trabalho, pois, corroborando esse pensamento, Puel et al (1999, p. 48) dizem que “Existe a expectativa de que o homem trabalhe, e qualquer obstáculo nesse sentido afeta sua posição social, não só a nível financeiro, mas também emocionalmente, pois ele se sente desprestigiado de um modo geral”.

7 REFLEXÕES E CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO VIVIDO

Ao optar por cuidar de forma transpessoal da pessoa portadora de transtorno mental e de seus familiares no domicílio, muitas foram as barreiras que precisei ultrapassar.

A primeira foi resgatar o interesse pela minha própria evolução, pois, em algum momento de minha trajetória de vida, tinha-o perdido. O mergulho na Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson foi o que me fez despertar para essa necessidade, pois, como eu poderia auxiliar o outro a encontrar a harmonia entre corpo, mente e espírito, sem que antes eu a encontrasse? Nesse sentido, de acordo com Watson (2003, p. 4) “[...] a enfermeira envolvida neste modelo de cuidado precisa compartilhar crenças deste [...], precisa ainda estar interessada em sua própria evolução, em expandir a consciência e as ações de cuidado para consigo [...]”. Fui então em busca do meu despertar espiritual para que, assim, compreendesse e auxiliasse o outro de forma efetiva e afetiva, por meio do cuidado transpessoal.

A segunda barreira foi transcender, segundo o que preconiza Watson (2003), o papel profissional para qual fui formada. Assim, tive de mudar o foco do cuidado, adquirir a habilidade de centrar a consciência e intencionalidade no cuidado-reconstituição e na totalidade, em vez de na enfermidade, doença ou patologia.

Contudo, transpor essas barreiras, ao viver o cuidado transpessoal com pessoas portadoras de transtorno mental, resultou em crescimento e desenvolvimento pessoal de muito valor. As experiências com cada um deles deixaram marcas em minha vida profissional e pessoal, que me transformaram e me fortaleceram, para continuar a buscar maneiras de cuidar de forma mais humana dessas pessoas.

A aplicação do processo de cuidar no domicílio possibilitou a

operacionalização do cuidado transpessoal e confirmou o que estudos anteriores verificaram, como o de Souza (2000) e Lacerda (1996), nos quais as autoras afirmam ser a divisão do processo em fases meramente didática, pois o processo de cuidar é dinâmico, podendo as fases acontecer simultaneamente. Todavia, essas fases, neste estudo, assumiram particularidades que merecem ser citadas.

A fase de **contato inicial** requer, na maioria dos casos, um tempo maior, ou seja, ela estende-se em maior número de visitas. Tal fato encontra justificativa em que esses pacientes, em sua trajetória de vida, tem histórias de fracasso em relações interpessoais anteriores (TAYLOR, 1992). Essa situação dificulta o estabelecimento do vínculo. Também, as histórias de períodos prolongados de internamento, durante grande parte de sua trajetória de vida, são um aspecto importante. Contudo, tais particularidades não impediram que a relação de cuidado progredisse. Relevante é salientar que cada ser humano é único e responderá de maneira e em tempo diferentes.

O primeiro desafio, no desenvolvimento deste estudo, foi conseguir adentrar o mundo desses pacientes, em seu campo fenomenológico, pois, como descrevi anteriormente, esse ser humano tem dificuldade de desenvolver interações efetivas consigo, com outros, com o meio e com o universo, devido à desorganização de seu *self*. Isso se traduz em algumas manifestações de comportamentos, como isolamento e desconfiança, que, segundo Barros (1992), faz com que ele se afaste de todos, convivendo somente com sua dor, seu medo, sua ansiedade e angústia.

Além disso, de acordo com Falleiros (1996, p. 36) “a pessoa doente tem uma concepção negativa de si mesmo, uma auto-estima muito diminuída, não se sente boa o suficiente para amar e ser amada, desistindo, com o passar dos anos, de lutar”.

O segundo desafio ocorreu após transpor essas barreiras e compartilhar suas dores e dificuldades, sair dessa relação com o campo fenomenológico

alinhado. Tal fato fez-me pensar no que Watson (2003) diz sobre relação de cuidado e não-cuidado e suas conseqüências, tanto para o paciente como para a enfermeira. Desse modo, superar esse obstáculo foi redirecionar a relação de cuidado com esses pacientes, de forma que esse cuidado se manifestasse com intencionalidade, apreciando o que emerge do paciente, seus sentimentos, estando verdadeiramente presente e autêntico, numa relação mútua.

A aproximação, em alguns momentos, fundia-se com os encontros transpessoais, o que ocorreu também em estudo de Souza (2000), segundo ela, por inúmeras vezes, esse encontro passava despercebido, devido à proximidade entre ser cuidado e o cuidador. Essa fase também se prolongou um pouco mais do que em outros estudos.

O encontro transpessoal, neste estudo, não pôde realizar-se com todos os envolvidos. Sinto que, em alguns casos, caminhava-se para a concretização deste encontro, era questão de tempo. O fato de não ter ocorrido com alguns não significa que não seria possível, naquela situação. Ele acontece à medida que o contato e a aproximação entre os envolvidos se tornam mais sólidos, e está interligado a essas fases. Neste caso, não houve tempo suficiente para que o encontro transpessoal ocorresse, devido ao cronograma do estudo.

A separação, em todos os casos, aconteceu sem que eles, os seres cuidados, se liberassem do vínculo. Houve transformações, mas tenho a clareza de que essas pessoas necessitavam ainda de maior tempo de acompanhamento para que se alcançassem os propósitos, sendo um dos objetivos maiores a reabilitação psicossocial, a reinserção social.

Sei que houve amadurecimento de ambas as partes, cuidador e ser cuidado, cliente e família, que deixou marcas significativas nos campos fenomenológicos dos participantes, e que contribuíram para melhorar ou manter o estado de saúde dos clientes, durante o período de acompanhamento. Fica então claro que, essa fase, na abordagem dessa população, deve ser desenvolvida em um

período maior, preparando-os melhor para liberação do vínculo.

É necessário, ainda, refletir sobre a aplicação do processo *clinical caritas* e dos conceitos selecionados neste estudo, pois, a própria Watson (1999) sugere que se desenvolvam estudos no sentido de aplicar a sua teoria do cuidado transpessoal, para que se confirmem as bases teóricas do seu modelo de cuidar, podendo-se, dessa forma, validá-lo.

Assim sendo, após desenvolver este estudo, posso dizer que a utilização do marco referencial proporcionou cuidar da pessoa portadora de transtorno mental, de forma a valorizar sua condição de ser humano, corroborando as idéias de Zagonel (1996) de que, ao utilizar esse método filosófico de aplicação clínica que combina conceitos existenciais, orientação fenomenológica e dimensão espiritual, o enfermeiro tem a possibilidade de compreender a condição humana e desenvolver o cuidado, que é essência da enfermagem.

Diante da experiência vivida, posso concluir que a aplicação desse marco transforma a relação de poder entre o profissional e a pessoa portadora de transtorno mental, bem como a sua família, à medida que, ao desenvolver o cuidado transpessoal, o enfermeiro coloca a sua humanidade em relação com a humanidade do outro, criando uma oportunidade de atendê-lo em sua integralidade (corporeamente-espírito).

Refletindo sobre a afirmativa de Esperidião (2001, p. 2),

Há de se reforçar as iniciativas que procuram redefinir o papel dos profissionais e dos serviços de saúde, colocando em discussão sobre o significado do cuidado em Saúde Mental, sobre o sentido de cura,[...] Além de criação de uma cultura de solidariedade e vivência de cidadania que garanta a inclusão social do indivíduo, sua autonomia e dignidade.

Acredito que este estudo demonstra a possibilidade de uma nova modalidade de cuidado à pessoa portadora de transtorno mental, com vistas a promover a sua reinserção social, por meio de um cuidado humanizado, individualizado, integral, mais socializante, solidário e eficaz. Além do que corrobora com o que preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS), em seu Programa de Saúde

da Família.

Maftum (2004, p. 103) comenta que diante, dessas novas políticas públicas, emerge uma nova tônica no cuidar conduzindo: “a mudança no olhar do profissional da arraigada posição vertical do domínio do saber, [...] para posição horizontal, na qual se inclui o outro, em uma relação que envolve aspectos culturais, religiosos, políticos, biológicos e outros”.

Frente a isso, Esperidião (2001, p. 3) diz que “[...] cabe-nos crer cada vez mais na possibilidade de se construir uma nova ética no estabelecimento de relações indivíduo-sociedade, onde se insere a relação saúde-doença possibilitando que as relações terapêuticas sejam estabelecidas entre cidadãos”.

Outro comentário que gostaria de trazer agora é quanto à opção por trabalhar com o método estudo de caso para desenvolver este estudo, pois isso gerou algumas preocupações. Primeiramente, por se tratar de um método criticado por muitos, o pesquisador, ao utilizá-lo, redobra o rigor metodológico (YIN, 2001). A segunda preocupação era quanto à apresentação do estudo de caso, pois eu desejava fazê-lo de forma que se pudesse compreender toda a dimensão do processo de cuidar vivido.

Contudo, Lacerda (1996), ao trabalhar com o processo de cuidar também em forma de estudo de caso, diz que o processo vivido apresenta rebeldia, pelo fato de as relações não ocorrerem necessariamente em formas ou fases previamente estabelecidas, sendo dinâmicas, podendo a descrição parecer emaranhados de idéias.

A partir dessas informações, procurei, dentro do rigor científico, viver e descrever de forma clara e objetiva as experiências do processo vivido que, na maioria dos momentos, foram bastante subjetivas, de modo a contribuir para o seguimento de novos estudos nesta área, pois a forma como conduzi o estudo de caso tinha como objetivo possibilitar a sua replicação.

A importância de sua replicação encontra reforço nos escritos de Souza

(2000, p. 98), quando ela diz que:

[...] esta forma de cuidar traz para enfermagem um novo horizonte o de auto conhecer-se, o buscar melhores condições de vida para o profissional, família e ser cuidado. É uma busca de energia, de força, difícil de explicar é preciso sentir, sendo a melhor forma de sentir e amadurecer do vivido, a busca do novo, o cuidar de forma humanizada, o viver e o sentir como verdadeiro ser humano.

Ao concluir este estudo, trago algumas considerações relevantes para a prática de enfermagem, bem como para o ensino e a pesquisa.

Após contato com diversas literaturas sobre os movimentos de reforma psiquiátrica, como Desviat (1999), Rotelli (1990), Amarante (1994) e a vivência de cuidar de forma transpessoal de pessoas portadoras de transtorno mental e suas famílias no domicílio, evidenciou-se que modificar a estrutura psiquiátrica existente não é suficiente para garantir o que preconizam tais movimentos. Faz-se necessário, além de realizar um trabalho cultural com a população, no sentido de desmitificar a loucura, mobilizá-la e construir novas formas de cuidar.

Cuidar de forma transpessoal da pessoa portadora de transtorno mental e de sua família implica romper com velhos paradigmas que permearam o cuidado, ou melhor, o descuidado, a essas pessoas, pois, mais maléfico do que o manicômio, é a exclusão e o preconceito a que são submetidos os doentes mentais.

No entanto, segundo Maftum (2004), mudanças oriundas da reforma psiquiátrica trazem reflexos diretos na prática do enfermeiro, conduzindo-o a repensar sua atuação e formação. Diz a autora ser necessário o envolvimento da academia, juntamente com a administração pública, instituições prestadoras de serviços de saúde, profissionais de saúde e educação, a família e os usuários dos serviços de saúde.

Ao comentar o trabalho de técnicos da área, Freitas, citado por Jorge et al. (2000) diz ser uma dificuldade as referências de cuidado que eles vêm tomando como diretrizes para as suas ações, pois são formados com base no modelo de medicina mental, calcado, prioritariamente, na biologia. Diz ainda que se devem implementar novas estratégias na relação com os pacientes e a família, precisando

esses profissionais adquirir certos atributos, como a flexibilidade e a criatividade.

Em relação ao ensino de enfermagem, Barros citado por JORGE (2000) diz que mudanças têm acontecido, como abordar aspectos da relação familiar, técnicas grupais e relacionamento interpessoal. Apesar disso, os profissionais salientam a importância de adotar ações extramuros, pois as instituições mantêm ainda como único ou principal campo de estágio o hospital.

Diante dos achados deste estudo, considero ser urgente fundamentar a prática, o ensino e a pesquisa de enfermagem em referenciais que conduzam a ressignificações do saber e fazer. Em relação a essa problemática, Barros (citado por JORGE, 2000, p. 76) diz ser necessário que “[...] no ensino dos profissionais de enfermagem e sua prática na área de enfermagem psiquiátrica, se apresentem subsídios para estabelecimento de novos referenciais que possam conduzir à transformação do processo ensino-aprendizagem da enfermagem em saúde mental”.

Ainda, Barros citado por JORGE (2000, p. 77) afirma que “o arcabouço conceitual da Reabilitação Psicossocial é um instrumento que pode possibilitar essa aproximação no ensino e na prática”, pois a reabilitação, para Oliveira (citado por JORGE, 2000, p. 58):

[...] é, antes de tudo e sobretudo, um ato de amor e de solidariedade. É um processo que aumenta a capacidade do sujeito para estabelecer trocas sociais e afetivas nos diversos cenários: em casa, na rede social e no trabalho. É um percurso que possibilita resgatar sua autonomia, pelo poder de contratualidade psicológica e social.

Nessa perspectiva, considero que este estudo corrobora as idéias de Lacerda (1996, p. 84) sobre a aplicação da proposta de cuidar de forma transpessoal no domicílio, quando ela afirma que “o processo proposto busca respeitar esta singularidade e especificidade, a estarmos realmente interessados em prestar atenção nas diferenças e ao mesmo tempo em algumas semelhanças”. Nesse sentido, ela vai ao encontro dos escritos de Oliveira (citado por JORGE, 2000, p.64), que, ao destacar alguns serviços de reabilitação, diz que o trabalho dos

profissionais “passa a ser uma dimensão do processo de singularização do sujeito, sendo um dos elementos potencializadores de recursos, de emancipação, novas relações, de criação de espaços concretos para sujeitos fragilizados/diferentes [...]”.

Chego ao final desta trajetória com a certeza de que viver o cuidado de forma transpessoal com o portador de transtorno mental e sua família proporcionou crescimento mútuo, e que essa experiência confirma o que descreve Waidman (1998, p. 100): “a enfermeira é uma profissional com condições de ajudar a família, no domicílio, nos momentos de sofrimento e dificuldade, e esta é uma área que a Enfermagem Psiquiátrica não tem explorado muito”.

Essa forma de cuidar possibilita o resgate da cidadania do portador de transtorno mental, de forma a corroborar as idéias de Falleiros (1996, p. 36) quando ela afirma que: “[...] para este indivíduo resgatar sua cidadania, ele necessita de um cuidado diferenciado e humanizado, dentro de relações efetivas, com a finalidade de oferecer-lhe meios, elementos, subsídios que lhe permitam vislumbrar seu verdadeiro sentido de vida, na esperança de ser feliz”.

Acho necessário afirmar que o cuidado de enfermagem domiciliar não surge com a pretensão de abolir a internação, que deve ser assegurada aos pacientes e à família, caso seja necessária. Segundo Marcelino *et al* (2000, p.13), “[...] precisamos refletir se estamos oferecendo o cuidado domiciliar como uma modalidade ou como alternativa mais conveniente para a instituição e/ou sistema de saúde”.

Nesse sentido, acho oportuno trazer o seguinte escrito de Dias (citado por JORGE, 2000, p. 25): “a desinstitucionalização é um trabalho terapêutico, voltado para reconstituição de pessoas enquanto sujeitos que sofrem. É provável que não se resolva por hora, não se cure agora, mas, no entanto, seguramente se cuida”.

Contudo, acredito que este estudo traz conseqüências que merecem ser descritas, no intuito de subsidiar os profissionais da área na condução de ações que possam reconstituir a pessoa portadora de transtorno mental.

Para a **prática do cuidado de enfermagem**, ressalto a possibilidade de desenvolver o cuidado fundamentado em valores humanistas, como amor e solidariedade, e que potencializam a reconstituição do ser cuidado, com vistas ao resgate de sua cidadania, via o resgate dos vínculos familiares e sociais. O profissional enfermeiro, ao cuidar, no contexto do paciente e de sua família, compreende-os e auxilia-os, mediante articulações e ativações de recursos necessários a sua ressocialização.

O **ensino de enfermagem**, ao incluir, na disciplina de Saúde Mental da graduação, bem como da pós-graduação, essa metodologia de cuidar, estará contribuindo para desmitificar a doença mental pela aproximação do saber produzido na academia com a necessidade da prática, saindo do espaço burocrático da instituição, indo ao encontro dos pensamentos de Colvero e Machado (citado por JORGE, 2000, p. 77), quando afirmam que “o ensino de enfermagem em saúde mental deve utilizar instrumentos (saberes e técnicas) que possibilitem a aproximação dialética com o objeto (individual e coletivo) no campo específico”.

Para a **pesquisa**, este estudo demonstra a efetividade da aplicação de um método de pesquisa qualitativa, ainda pouco explorado na área, abrindo, assim, novas possibilidades.

Finalmente, esta investigação contribui para o desenvolvimento de novos estudos na área de cuidado transpessoal domiciliar, saúde mental e saúde da família, bem como demonstra a necessidade de replicar o estudo com esses e novos clientes, como forma de validar novos saberes e, também, como meio de confirmar a autonomia do profissional enfermeiro nesse lócus do cuidado.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. et al. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. Asilos, alienistas e alienados. **Revista a Saúde no Brasil**. v.1, n.3 p. 149-152, Jul-Set., 1993.

_____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.163-185.

ANDRADE, O. G.; ROCHA, A. E. O cuidado familiar ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre. v. 20, n. 2, p. 90-109, jul., 1999.

ARAÚJO, M. R. et al **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 117-122, dez. 2000.

ARAÚJO, I. L. **Foucault e a crítica do sujeito**. Curitiba: Ed. UFPR, 2001.

AZEVEDO, J. R. **Doença mental e o preconceito**. Disponível em: <http://www.ficarjovemlevatempo.com.br/monta_tela.php4>. Acesso em: 22/10/2004.

BASAGLIA, F. O. **Mario Tomasini: vida e feitos de um democrata radical**. São Paulo: Hucitec, 1993.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BRASIL. Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRESSAN, V. R.; SCATENA, M. C. M. O cuidar do doente mental crônico na perspectiva do enfermeiro: um enfoque fenomenológico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 682-9, set./out., 2002.

CASTRO, R.C. B. R.; SILVA, M. J. P. O conhecimento e a percepção do enfermeiro a respeito do processo da reforma psiquiátrica. **Acta Paulista de enfermagem, São Paulo**, v.15, n.2, abr./jun., 2002.

CARRARO, T.E. **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightgale**. Goiânia: AB editora, 1997.

CHIZOTTI, **A pesquisa em ciências humanas e sociais**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1998.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COLVERO, L. A. ;MACHADO, A. L. Cuidado de enfermagem em saúde mental: desafio da modernidade. In: JORGE, M. S. B. **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 67-72.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista Escola Enfermagem, USP**, São Paulo v. p. 197-205, 2004.

CUNHA, I. C. K. O. **Organização de serviços de assistência domiciliar de enfermagem**. 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual do Programa de Saúde Mental em Curitiba**. Curitiba, 2000.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo Integrado de Saúde Mental**. Curitiba, 2003.

DAL BEM, L. W. Home care. **Revista Medicis, Local** n. 11, p.???? jul./ago. 2001.

DELGADO, P. O desafio é deslocar recursos. **Revista da Saúde, Conselho Nacional da Saúde**, Brasília, ano II, n.2, p. 8-11, Dez.2001.

DESVIAT, M. **Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ESPERIDIÃO, E. Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 3, n. 1, jan./jun. 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: out. 2004.

FALLEIROS, M. N. **Travessia para o amanhã**. Relacionamento Interpessoal Terapêutico com o doente mental crônico. , Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FILIZOLA, C. L. A. et al. A história da família de Rubi e seu filho leão: trabalhando com família de usuários com transtorno mental grave através do modelo calgary de avaliação e intervenção na família. **Texto e Contexto Enfermagem**., v.12, n. 2, p. 182-90, abri./jun. 2003.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GRUNER, M. F. et al. Percepções de um sistema profissional de saúde sobre cuidado domiciliar terapêutico ao indivíduo (família) portador do HIV/AIDS. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 2, pt.1, p.402-413, mai./ago. 2000.

JELINCIC, M. E. A. Interação paciente-enfermeira psiquiátrica: um estudo das contingências reforçadoras. **CCS**, São Paulo, v. 7, n.3, p. 47-56, ago./set. 1995.

JORGE, M. S. B. **Saúde mental**: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

KANTORSKI, L. P.; KUHN, M. E. G. Aspectos éticos da assistência de enfermagem ao doente mental. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 103-117, jul./dez. 1995.

KANTORSKI, L. P.; SILVA, G. B. **Ensino de enfermagem e reforma psiquiátrica**. Pelotas: Editora Universitária-UFPEL, 2001.

LACERDA, M. R. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar**. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

_____. O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 4-49, jan./jun. 1997.

_____. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar**: vivência do cuidado da enfermeira. Florianópolis, 2000. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LEITE, S. M. S. **Equipe de enfermagem**: percepção sobre o paciente psiquiátrico e a doença mental e a assistência de enfermagem. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

LOBOSQUE, A. M. A luta manicomial: construção de um lugar. **Revista da Saúde**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 24-25, dez. 2001.

LUIS, M. A. V. A respeito da exclusão: instituição asilar e desinstitucionalização. In: JORGE et al. **Saúde mental**: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

MAFTUM, M. A. **O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná**. Ribeirão Preto, 2004. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo.

MIRANDA, C. L. **O parentesco imaginário**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1994.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

NASI, C.; STUMM, L. K.; HILDEBRANDT, L. M. Convivendo com o doente mental psicótico na ótica do familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 1, 2004. Disponível em: <www.fen.ufg.br>. Acesso em: set. 2004.

NEVES, E. P. Cuidando e confortando o cuidador profissional: um referencial fundamentado em Jean Watson. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 43, 2001, Curitiba, 9-14 out. 2001. **Anais**. p.299-308.

NEVES, E. P. **Teoria do cuidado humano de Jean Watson**. Disponível em: <<http://www.2uchsc.edu/son//caring/content/wct.asp>>. Acesso em: 20 jun. 2003.

PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

PUELL, E.; BRUM, M. C. F. M.; MAY, M. P. A doença mental transpondo fronteiras. In: PUELL, E. **Saúde mental transpondo as fronteiras hospitalares**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental: idéias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 4, n. 2, p. 36-41, 2002. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: set. 2004.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SGAMBATI, E. R. V. **Reinternação e rejeição familiar**: um estudo com pacientes psiquiátricos. Ribeirão Preto, 1983. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto.

SILVA, M. R. S. A finalidade do trabalho de enfermagem com famílias que convivem com a doença mental em seu cotidiano. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 138-151, jan. 2000.

SILVA, A. M. F. Refletindo sobre a qualidade de vida do portador de deficiência: resgatando os direitos de cidadão. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 88-98, set./dez. 1999.

SCHNEIDER, J. F. **Ser-família de esquizofrênico**: o que é isto?. Cascavel: EDUNIOESTE, 2001.

STAMM, M. **A enfermeira cuidando de famílias em situação de alcoolismo com uma abordagem transpessoal**. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

SOUZA, S. M. **Cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar a pacientes neoplásicos e suas famílias**. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

TALENTO, B. ; WATSON, J. In: GEORGE, J. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica**. 13.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

TOMASI, N. G. S.; YAMAMOTO, R. M. **Metodologia da pesquisa em saúde**: fundamentos essenciais. Curitiba, as autoras, 1999.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VENETIKIDES, C. H. Et al. **Saúde mental em Curitiba**. Rio de Janeiro: CEBES, 2003.

WAIMAN, M. A. P. **Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental**. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

WATSON, **The philosophy and human science of care**. Boston: Little Brown, 1979.

_____. **J. Nursing**: human science and human care. East Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1985.

_____. **Postmodern nursing**. London: Harcourt Brace and Company Limited. 1999.

_____. **Cuidar em enfermagem além da pós-modernidade**. In: intercâmbio internacional: Bases Teórico-filosóficas da Prática do Cuidar em Enfermagem. Rio de Janeiro, 16-19 nov., 2003 [anotações].

_____. **Caring science as sacred science**. Philadelphia: F.A. Davis, 2004..

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZAGONEL, I. P. S. Epistemologia do cuidado humano-arte e ciência da enfermagem abstraída das idéias de Watson. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v .5, p. .64-81, jan./jun. 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE 1



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Curitiba, 26 de novembro de 2.004.

Ilmo (a) Sr. (a)

Ana Lúcia Nascimento Fonseca e Márcia Ribeiro Lacerda
Nesta

Prezado(a) Senhor(a):

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado "O CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM DOMICILIAR AO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL E SUA FAMÍLIA: NA CONTRIBUIÇÃO PARA A REINSERÇÃO SOCIAL.", está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR em reunião do dia 25 de novembro de 2.004.

Registro **CEP/SD**: 084.SM 047/04-10

Sendo o que se apresenta para o momento, subscrevo-me,

Atenciosamente

Prof. Dr. Miguel Ibraim A. Hanna Sobrinho
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

APÊNDICE 2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você esta sendo convidado a participar de um estudo intitulado “O cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar a pessoa portadora de transtorno mental e sua família: uma contribuição para reinserção social”. Sua participação é importante para os avanços dos conhecimentos na área da saúde. O objetivo da pesquisa é descrever a experiência de realizar este cuidado no seu domicílio.

Durante o estudo serão realizadas atividades de enfermagem, tais atividades consistem em: identificar necessidade, conversar (ouvir, esclarecer, orientar,...) ou encaminhar juntamente com a pessoa que está sendo cuidada, e os familiares soluções de problemas encontrados.

Caso você participe da pesquisa, será necessário autorizar visitas domiciliares, bem como a inclusão do relato das atividades no trabalho final de conclusão do curso. Comprometo-me que serão garantidas todas as informações, antes, durante e depois do estudo, bem como manter sigilo e o anonimato das pessoas envolvidas e o direito a se retirar do mesmo em qualquer momento que desejar.

Eu _____ li o texto (ou fui informado), e concordo em participar da pesquisa.

assinatura

Curitiba, _____ de _____ de 2004.

Pesquisador: _____