



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM**

MARIA EDILEUZA SOARES MOURA

**O SENTIDO DO CUIDADO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL PARA
ENFERMEIRAS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

TERESINA (PI), 2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARIA EDILEUZA SOARES MOURA

**O SENTIDO DO CUIDADO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL PARA
ENFERMEIRAS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: A enfermagem no contexto social brasileiro

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Claudete Ferreira de Souza Monteiro

TERESINA (PI), 2010

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco

M929s

Moura, Maria Edileuza Soares

O sentido do cuidado à pessoa com transtorno mental para enfermeiras dos Centros de Atenção Psicossocial / Maria Edileuza Soares Moura. – 2010. 108f.

Impresso por computador (fotocópia).

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, 2010.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Claudete Ferreira de Souza Monteiro

1. Enfermagem 2. Cuidados de Enfermagem 3. Serviços de Saúde Mental I. Título.

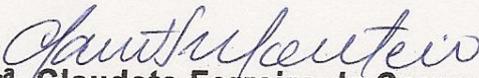
CDD: 610.73

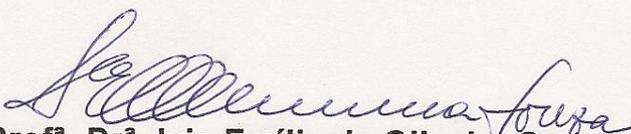
MARIA EDILEUZA SOARES MOURA

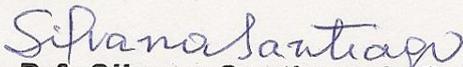
**O SENTIDO DO CUIDADO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL
PARA ENFERMEIRAS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós - Graduação Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

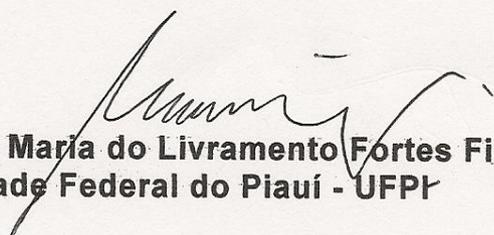
Aprovada em 27/01/2010


Prof^a. Dr^a. Claudete Ferreira de Souza Monteiro
Universidade Federal Do Piauí – UFPI


Prof^a. Dr^a. Ivis Emília de Oliveira Souza
Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN/UFRJ


Prof^a. Dr^a. Silvana Santiago da Rocha
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Suplente:


Prof^a. Dr^a. Maria do Livramento Fortes Figueiredo
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Dedico este trabalho às pessoas com transtornos mentais, por me tirarem da condição de cúmplice de uma instituição que tem por fim a invasão sistemática do seu espaço pessoal e me alçarem à condição de ativista na superação dela.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar minha existência e plantar, nesta serva, a convicção de que tem para mim sempre o melhor.

Aos meus pais, Sureno e Madalena, por depositarem em mim seus sonhos acadêmicos e a cada conquista reafirmarem que não os desapontei.

Ao meu esposo, Mauro Sérgio, pelo incentivo, confiança, apoio e entendimento de que as ausências eram justificadas pela busca de um objetivo comum.

Aos muitos familiares, por sempre me incentivarem nos estudos, vibrarem com cada vitória e continuarem torcendo para que eu alcance meus ideais.

À UFPI, na pessoa do Magnífico Reitor Prof. Dr. Luis de Sousa Santos Júnior, pela ampliação dos horizontes desta universidade e pela oportunidade da realização deste mestrado.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, na pessoa da Prof^a. Dr^a. Telma Maria Evangelista de Araújo, pela determinação em manter a qualidade deste mestrado.

À UEMA, na pessoa do Prof. José de Ribamar Ross, por colaborar comigo na concretização deste projeto.

Ao amigo, Domingos Vinícius de Araújo Santos, por contribuir de forma decisiva para minha liberação, provisória, dos plantões hospitalares.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Claudete Ferreira de Souza Monteiro, por iluminar meu caminhar na pesquisa científica e na fenomenologia, por me apresentar Heidegger e sua ontologia, por suas críticas construtivas e direcionamentos necessários.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, por serem sensíveis na arte de ensinar, no acolhimento e por compartilharem o aprendizado.

Aos membros das Bancas de Defesa do Projeto, Qualificação e Defesa da Dissertação, pelas contribuições consistentes no aprimoramento deste estudo.

Às minhas professoras de uma vida inteira, por me apresentarem a ciência humanizada e me introduzirem nesta sede de conhecimento.

Às minhas amigas do mestrado, pelo inestimável companheirismo e crescimento alcançados nesta experiência.

À Isabel Cristina, por nosso crescimento mútuo.

Às companheiras enfermeiras de alguns anos de trabalho, por me ensinarem muito do que eu sei, na prática, e por aprendermos juntas, quando não sabíamos.

À Adélia Dalva e Maria José Girão, pelo apoio permanente nas muitas etapas deste processo e pela troca de conhecimento.

Aos professores da UEMA, por dividirem comigo a experiência docente e por doarem um pouco do que sabem a cada encontro.

Aos sujeitos do estudo, representado pelas enfermeiras que estão construindo o cuidado de enfermagem nos Centros de Atenção Psicossocial neste imenso país, por compartilharem comigo a construção deste cuidado.

Aos componentes do Grupo de Estudo sobre Saúde, Gênero e Violência, da Universidade Federal do Piauí, por vivenciarmos juntos a construção do conhecimento sobre fenomenologia e muitos outros temas de nosso interesse.

Aos alunos da graduação em Enfermagem da UFPI, por carinhosamente me receberem e me apoiarem.

Aos alunos da graduação em Enfermagem da UEMA, por acompanharem, desde o início, meu esforço na concretização desta vitória.

A todos que, direta ou indiretamente, participam da minha existência, e me ajudaram na execução deste estudo.

“Só há mundo onde há linguagem”.

Martin Heidegger

RESUMO

Este estudo objetivou desvelar o sentido do cuidado à pessoa com transtorno mental para enfermeiras dos Centros de Atenção Psicossocial. O estudo foi realizado em quatro serviços do município de Teresina (PI) e conduzido por uma metodologia de investigação compreensiva interpretativa, baseada no método fenomenológico de Martin Heidegger. Foram entrevistadas seis enfermeiras, que trabalham nestes centros. Dos depoimentos, captaram-se estruturas essenciais que respondiam ao objetivo do estudo. Estas estruturas formaram cinco Unidades de Significação que desvelam o cuidado como escuta, trabalho em equipe, fazer muitas tarefas, atenção com a terapia medicamentosa e sensibilidade para avaliação do outro. A análise compreensiva mostrou que a escuta se revelou pela ação de deixar simplesmente que o outro fale, não aparecendo nas falas das enfermeiras o envolvimento e o diálogo como resposta ao que é expresso pelo outro. O trabalho em equipe apontou que, embora o cuidado seja compartilhado entre os diferentes profissionais, não inclui neste o sujeito e sua família. O cuidado como fazer muitas tarefas, mostrou-se que as enfermeiras encontram-se envolvidas em numerosas atividades e absorvidas por sua natureza. A atenção com a terapia medicamentosa apontou para uma tentativa de promoção da autonomia do sujeito. A sensibilidade para avaliação do outro, revelou que estão atentas a tudo na vida do outro e com isso se preocupando. Na análise interpretativa o sentido do cuidado de enfermagem surge oscilando entre o modelo hospitalocêntrico e o novo modo proposto pela política de saúde mental com base a reforma psiquiátrica. Nessa oscilação, ora desvelava-se um cuidado inautêntico, apontado por sentidos inerentes a complexidade do transtorno mental, ora desvela-se como um cuidado autêntico, indo em direção à perspectiva de construção de novos modos de cuidado que ultrapassam os muros asilares para a centralidade na pessoa e em suas relações.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

This study was to examine the sense of care for people with mental disorders for nurses in mental health services community. The study was conducted in four departments in the city of Teresina (PI) and conducted by a methodology interpretative research understanding based on the phenomenological method presented by Martin Heidegger. It was interviewed six nurses who work in these centers. About the testimonies were extracted essential structures that pointed the objective of this study. The reports containing these structures were grouped into five units of meaning about the care: unveiled as listening, teamwork, doing many tasks, attention to drug therapy and how to evaluate sensitivity of the other. A comprehensive analysis showed that the meaning and listening has proved that the action just let others speak, however do not appear in the speeches of nurses the involvement and dialogue as a response to what is expressed by the other. The teamwork indicated that, although shared among different professionals, it does not include the subjects and their family in care. When signify care such as many jobs appear to be involved in numerous activities and absorbed by nature. The attention to drug therapy pointed to an attempt to promote the autonomy of the subject. The sensibility to evaluate the other, showed that all are aware of the other's life and this is worrying about this. Through interpretative analysis was possible to understand the meaning of nursing care arises ranging from hospital-centered model and the new method proposed by the political mental health that was based on psychiatric reform. This oscillation is sometimes unveiling as a inauthentic careful appointed by the meanings inherent in the complexity of a mental disorder, sometimes revealed as a genuine care going toward the prospect of building new forms of care beyond the walls of asylums for the centrality of the person and their relationships.

KEYWORDS: Nursing. Nursing Care. Mental Health Services.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo descubrir el sentido de los cuidados de una persona con trastornos mentales para las enfermeras de los Centros de Atención Psico-sociales. Este estudio a sido realizado en cuatro puestos de trabajo de municipios de Teresina (PI) y es conducido por una metodología de investigación comprensiva e interpretativa, baseandose en el método fenomenológico de Martin Heidegger. Fueron entrevistadas seis enfermeras, que trabajan en estos centros. En las declaraciones se obtubieron estructuras esenciales que respondian al objetivo de estudio, estas estructuras fueron agrupadas en cinco Unidades de Significado sobre estos cuidados y son: escuchar, trabajo en equipo, hacer muchas tareas, atención con la terapia de medicamentos y sensibilidad para evaluar al otro. El analisis comprensivo demostro que escuchar, se reveló como una acción de dejar simplemente que el otro hable, no involucrase en la exposición, no hay el dialogo como respuesta a lo expuesto por el otro. El trabajo en equipo señalo que, aunque lo cuidado sea compartido entre los diferentes profecionales no esta incluido el sujeto y su familia. Lo cuidado al hacer muchas tareas, las enfermeras se envuelven en numerosas actividades y estas se ven absorbidas por su naturaleza. La atención con la terapia de medicamentos, señala la tentativa de promover la autonomia del sujeto. La sensibilidad para evaluar al otro, hay demostrado que estan atentas a todo y preocupadas por la vida de los demas. En el análisis intérpretativo el sentido de la atención de enfermería surgen titubeantes entre el modelo hospitalo-centrico y el nuevo modelo propuesto por la politica de salud mental que tuvo como base la reforma psiquiatrica. En esta oscilación aunque se revelaba un cuidado no muy autentico, señalados por significados inherentes a la complejidad del transtorno mental; aunque se revelaba como un cuidado autentico, dirigido en dirección a la probabilidad de construcción de nuevos modelos de cuidados que estan surgiendo por fuera de los muros de estas instituciones centralizandose en la persona y en sus relaciones.

PALABRAS CLAVES: Enfermería. Atención de Enfermería. Servicios de Salud Mental.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
1.1 Apresentação da temática	11
1.2 Justificativa e relevância do estudo	15
1.3 Situação-problema	15
1.4 Objetivos	17
2 AS BASES TEÓRICAS DO ESTUDO	18
2.1 Concepções sobre a loucura: designações, classificação e denominações	18
2.2 As mudanças dos modelos: o movimento sanitário e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil e no Piauí	22
2.3 Teorias de Enfermagem e a interface com a saúde mental	30
2.4 O cuidado: sua trajetória e implicações na Enfermagem	35
2.4.1 Concepção religiosa do cuidado	36
2.4.2 Concepção sociológica do cuidado	39
2.4.3 Concepção antropológica do cuidado	42
3 FENOMENOLOGIA: BASES TEÓRICO FILOSÓFICAS E CONCEITUAIS	45
3.1 A fenomenologia de Martin Heidegger	48
3.2 A concepção do cuidado em Heidegger	51
4 TRAJETÓRIA DO ESTUDO	56
5 ANÁLISE COMPREENSIVA DO SIGNIFICADO DO CUIDADO PARA ENFERMEIRAS DOS CAPS	64
6 ANÁLISE INTERPRETATIVA DO SENTIDO DO CUIDADO PARA ENFERMEIRAS DOS CAPS	79
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	
ANEXOS	
APENDICE	

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Apresentação da temática

A enfermagem constituiu-se por diferentes modos de cuidado, determinados pelas concepções de cientificidade de cada momento histórico. Atualmente, este fazer da enfermagem integra o coletivo em saúde nas mais diversas áreas, dentre elas a saúde mental.

Na saúde mental, o cuidado de enfermagem, caracteriza-se pela transição entre uma prática de assistência hospitalar emoldurada na contenção do comportamento das pessoas com transtornos mentais, e a incorporação de princípios de uma práxis interdisciplinar, aberta às contingências dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, superando a perspectiva disciplinar de suas ações. Este período de construção do conhecimento interdisciplinar desponta como crítico para a profissão do enfermeiro que precisa desconstruir um cuidado, até então dominador, para a favorável discussão do conhecimento na Enfermagem e análise do processo de trabalho nessa área (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

A proposta de novos princípios é necessária na atenção psicossocial para determinar o repensar dos saberes e práticas que embasam a Enfermagem nos centros de saúde mental. Esse cuidado em construção se apóia na inclusão da pessoa com transtorno mental na família e na comunidade, primando por uma relação dinâmica e contínua com o outro, prescindindo de intervenções objetivas ou previsíveis, tendo seu foco nas repercussões da doença na vida do sujeito a partir da representação que o mesmo construiu dela.

A crítica ao modelo hospitalar iniciou-se no Brasil no final da década de 70 do século passado, com as crescentes denúncias de violência e de abandono na prática asilar, surgindo propostas de intervenção nos manicômios, visando à democratização e a humanização do atendimento.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde (SUS) que têm a missão de dar um atendimento diurno às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de

reabilitação psicossocial. Objetivam substituir o modelo centrado no hospital psiquiátrico e em suas práticas, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

No estado do Piauí, o redirecionamento do modelo assistencial foi resultado de imposições do governo federal por conta da instalação da redução de leitos hospitalares na área psiquiátrica. Fato que já vinha acontecendo desde 1995, em atendimento às exigências da Portaria nº. 224, de 29 de janeiro de 1992, da Coordenadoria de Saúde Mental (COSAM), ligada ao Ministério da Saúde, embora em pequenas proporções, pois paralelamente não foram oferecidos serviços substitutivos na assistência em saúde mental (ROSA, 2006).

Apenas em 2003, foram criados no Piauí os primeiros Centros de Atenção Psicossocial: o CAPS infantil, administrativamente vinculado ao Estado, e o CAPS álcool e drogas – Dr. Clidenor de Freitas Santos, da Fundação Municipal de Saúde de Teresina (ROSA, 2004). Em 2005, foram abertos dois CAPS II: Norte e Leste destinados ao acompanhamento de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, já em 2009 foi inaugurado mais um CAPS, este na zona Sul, e há previsão da abertura de mais um CAPS II na zona Sudeste e um CAPS III para o ano de 2010.

Cabe esclarecer que segundo a Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002, os CAPS são classificados nas seguintes modalidades de serviços: I, II e III, definidos por ordem crescente de porte / complexidade e abrangência populacional. Considerando que o município de Teresina tem aproximadamente 800 mil habitantes, poderia dispor tanto de CAPS II quanto CAPS III (que destinam-se a municípios com mais de 200 mil habitantes). No entanto, até o final de 2009 todos os CAPS do município de Teresina eram CAPS II.

Estes centros atendem homens e mulheres a partir de 18 anos de idade e procuram cumprir a Política Nacional de Saúde Mental em conformidade com a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, já que instituiu novas modalidades de tratamento às pessoas com transtornos mentais no Brasil.

Apresentam-se como serviços prioritários de cuidado em saúde mental que visam a substituir as internações no hospital psiquiátrico.

O acompanhamento no CAPS dar-se de uma maneira holística, priorizando ações ligadas à educação, à saúde, ao esporte, ao lazer, à arte e à cultura, concretizando, assim, uma atenção integral ao indivíduo. Desta forma, o profissional que desenvolve seu trabalho nestes serviços precisa inteirar-se destes novos processos de trabalho em saúde mental que requer o trabalho em equipe interdisciplinar como meio para proporcionar às pessoas que o freqüentam acesso às diferentes estratégias de cuidado.

Nesses centros de atenção psicossocial, inserem-se profissionais de diferentes categorias, dentre eles, o enfermeiro. Entretanto, segundo Castro e Silva (2002) uma das constatações sobre a atuação desse profissional e a assistência de enfermagem desenvolvida, no contexto atual de mudanças políticas, aponta que a maioria não se sente preparada para atuar em saúde mental, atendendo às modalidades de cuidado que este serviço preconiza.

Para perceber as intenções dessa colocação é preciso uma compreensão mais profunda sobre o modelo tradicional de cuidado à pessoa com transtorno mental, marcado pelo que Boff (1999) denominou patologia do cuidado (descuido). Na forma do des-cuidado, o outro era visto como alguém que deveria obedecer às normas impostas e no qual o profissional do cuidado exercia papel de vigilante e repressor dos comportamentos inaceitáveis. O enfermeiro inicia aí sua atuação, tentando modificar esse modo de cuidado; entretanto, como se tratava de uma assistência hospitalocêntrica, fechada e sem grandes condições de transformações internas, levou ao seguimento do paradigma asilar.

Uma dessas propostas partiu de Franco Basaglia que discutiu o processo de cuidado do outro com um novo significado, com o sentido de estar-com, preocupar-se e ocupar-se com o outro, defendendo o cuidado como um acontecimento a partir do encontro entre pessoas. Nessa compreensão, o papel do técnico/cuidador deveria estar centrado na necessidade de reprodução social, operando no território e produzindo instituições que efetivamente pudessem substituir o manicômio. Dessa forma, o projeto de transformação precisa corresponder a um processo prático – crítico complexo, que implica a negação das teorias e dos valores que se

concretizaram no manicômio e, ao mesmo tempo, a produção de novas realidades (NICÁCIO; AMARANTE; BARROS, 2005).

Partindo desses esclarecimentos e apoiado no paradigma de cuidado na atenção psicossocial, o enfermeiro precisa delinear uma nova atuação, em que o cuidado emerge como dimensão intrínseca do processo de viver, incluindo o sobreviver, o evoluir, marcado pelo sentimento, responsabilização, acolhimento e acompanhamento das pessoas que vivem com transtornos mentais. O cuidado é vivenciado como processo que acontece com reciprocidade, primando pela confiança mútua e transformando o relacionamento entre o ser-que-cuida e o ser que é cuidado (MAIA; VAGHETTI, 2008).

Esta também é a proposta deste estudo, compreender esse novo modelo de cuidado, realizado pelas enfermeiras dos CAPS, desvelado pelo sentido do cuidado para estas enfermeiras que desenvolvem o cuidado à pessoa com transtorno mental e são acompanhadas nestes serviços, considerando que o mesmo está em construção e, desta maneira, ainda não está claro. Nesse sentido, Heidegger (2008, p.75) afirma que o fenômeno que se deve estudar é “justo o que não se mostra numa primeira aproximação e na maioria das vezes, mantendo-se velado frente ao que se mostra”, aquilo que está obscuro, nisso consiste o valor deste estudo.

Sendo o cuidado tema deste estudo, algumas concepções se fazem necessárias. Para Waldow (2006), o cuidado é como um movimento que deve ser pensado e exercido de forma a promover o ser humano em toda a sua dimensão. O cuidado, nessa perspectiva, transcende o fazer e projeta essa ação para além da experiência momentânea. Nesse mesmo modo de pensar, Heidegger, considerado um dos maiores pensadores do século XX, conhecido como o filósofo do cuidado deixa claro que quando se cuida do outro, esse cuidado-preocupação opõe-se ao modo de cuidado da ocupação, repetitivo e tecnicista (BOFF, 1999).

Assim, o cuidado na compreensão heideggeriana se apresenta como preocupação autêntica, quando favorece o desenvolvimento, crescimento e independência do outro, ou como inautêntica, quando a preocupação se refere às coisas, aos objetos, ou se o outro é assim tratado de forma objetiva, sem visar suas conquistas e sua autonomia (HEIDEGGER, 2008).

1.2 Justificativa e relevância do estudo

A inquietação que motivou este estudo surgiu com minha atuação em um CAPS e do constante movimento de busca por um novo modo de cuidado nestes serviços, como forma de atender às demandas das pessoas que procuram sua assistência e assim desvelar o sentido do cuidado à pessoa com transtorno mental.

Como mostram as concepções apresentadas, entende-se que este estudo se justifica na medida em que se vê a necessidade de desvelar o sentido do cuidado que o enfermeiro desenvolve nos CAPS. Ao tempo em que contribui para a construção do conhecimento no campo da enfermagem nos serviços de atenção psicossocial.

Também subsidia a promoção de uma postura crítica, reflexiva, comprometida com a articulação entre o saber, o ensinar e a prática, orientada para a compreensão do fenômeno cuidado à pessoa com transtorno mental nesses centros de saúde mental, tema este ainda escasso na literatura.

Pretende-se, ainda, contribuir para complementar e melhorar a assistência prestada à pessoa com transtorno mental e re-pensar o cuidado de enfermagem a esses sujeitos a partir de suas singularidades. Entendendo ter a temática do cuidado nos centros de atenção psicossocial relevância social e profissional.

1.3 Situação-problema

Nesta proposta, o caminho que se desenha da situação-problema mostra que o cuidado desenvolvido pela enfermeira nos CAPS se apresenta, à primeira vista, disperso em meio ao modo de cuidado enraizado nos moldes do modelo biomédico, centrado no hospital e na doença, com o sujeito medicalizado e restrito socialmente. Assim, parece que mudam os cenários, mas permanecem as práticas onde o enfermeiro centra sua ação a partir da psicopatologia e do diagnóstico.

Contudo, contraposto a essas idéias, presentes no senso comum e já emolduradas em alguns estudos, acredita-se que as mudanças ocorridas nos

últimos anos na assistência em saúde mental representam a superação do modelo tradicional pelas enfermeiras que atuam nos serviços de atenção à saúde mental; lembrando que esse novo modo de cuidado passa pela via do afeto, da responsabilização, do conhecimento, da assistência, do trabalho interdisciplinar e da cultura.

Assim, pode-se afirmar que há um modo tradicional de cuidado à pessoa com transtorno mental que é institucionalizado, medicalizado e tutelado. Mais recentemente, surgiram como política pública, os centros de saúde mental na comunidade, que se apresentam como possibilidade de cuidado que favorecem o convívio social das pessoas com transtorno mental, buscando um melhor cuidado dos profissionais de saúde, dentre eles, o enfermeiro. Esta é a situação que move e instiga este estudo, desvelar o sentido do cuidado de enfermagem na atenção psicossocial e que é essencial à permanência desses novos serviços, que buscam a integralidade das ações e se voltam para a dinâmica subjetiva do sofrimento.

É, pois, com o intuito de dar visibilidade a esse cuidado nos centros de atenção psicossocial e ao sentido que o mesmo tem para as enfermeiras dos CAPS, que se propõe este estudo. A reflexão sobre essa situação leva aos questionamentos: como as enfermeiras que trabalham nos CAPS de Teresina desenvolvem o cuidado às pessoas que fazem acompanhamento nestes serviços? E qual é o sentido desse cuidado?

Para responder a estas interrogações e por tratar-se de uma situação-problema que para ser desvelada necessita de um processo compreensivo-interpretativo, coloca-se como objeto de estudo “o sentido do cuidado à pessoa com transtorno mental para enfermeiras dos Centros de Atenção Psicossocial”.

Este objeto de estudo tem um caráter fenomênico, digo, distintas possibilidades de mostrar-se: em decorrência do novo modelo de cuidado à pessoa com transtorno mental e que determina como princípio a reinserção social com a abertura de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, parece que o enfermeiro se situa atuando nesse novo paradigma; mas ele também aparece como alguém que está transitando do cuidado do modelo tradicional para o novo. Mas como é mesmo que se mostra o cuidado em essência?

1.4 Objetivos

Para dar conta de responder aos questionamentos levantados e em face do objeto de estudo proposto, objetivou-se:

- Analisar o significado do cuidado à pessoa com transtorno mental para as enfermeiras dos Centros de Atenção Psicossocial;
- Desvelar o sentido do cuidado à pessoa com transtorno mental para as enfermeiras dos Centros de Atenção Psicossocial à luz do referencial fenomenológico de Martin Heidegger.

2 AS BASES TEÓRICAS DO ESTUDO

Para buscar subsídios à proposta do estudo, levantou-se o referencial teórico, mostrando o tema da loucura e os modelos assistenciais em diferentes momentos históricos, como também as teorias de enfermagem que embasam as relações e interações sujeito-sujeito e o cuidado humano com enfoque na área da Enfermagem.

2.1 Concepções sobre a loucura: designações, classificação e denominações

Ao buscar na tradição do conhecimento científico as concepções relacionadas à loucura em diferentes momentos históricos, pode-se identificar que estas variaram tanto em designações tais como loucura, alienação, insanidade, doença mental, desrazão, transtorno mental, sofrimento psíquico, dentre outros, quanto em entendimentos pela sociedade, pois estas concepções não foram elaboradas da mesma maneira ao longo da história, nem no mesmo espaço temporal.

Há que se destacar que a concepção da loucura foi influenciando tanto os espaços como as práticas destinadas ao seu cuidado. Assim, é que na pré-história, a pessoa tida como louca era assistida com rituais mágicos e, quando estes não funcionavam, o grupo ao qual pertencia a abandonava à própria sorte (SILVA; FONSECA, 2003).

Já na Grécia antiga, para filósofos como Sócrates e Platão, a loucura foi considerada um privilégio ao ressaltarem que as falas tinham inspiração divina, chegando a utilizarem as designações “divinatórias” e “delirantes” como sinônimas (SILVEIRA; BRAGA, 2005). Porém, para Hipócrates, a insanidade era a resultante da irregularidade na interação dos quatro líquidos corporais conhecidos à época, os humores (fleuma ou linfa, bile negra, bile amarela e sangue), sendo tratada com a indução de vômitos e diarreia com potentes drogas catárticas (TOWNSEND, 2002). Neste espaço temporal, o delírio, considerado como acesso a verdades divinas, estabelecia uma relação entre experiência mística e consciência crítica.

Na Idade Média (século XV), como forma de garantir a “lei natural” estabelecida pelos dogmas da Igreja Católica, a sociedade medieval tinha

uma concepção mágico-religiosa da loucura. Dessa forma, qualquer ato de subversão à ordem natural emanada por Deus era sinônimo de heresia ou profanação, portanto, qualquer um que assim procedesse era tomado por louco (SILVA; FONSECA, 2003). As inquisições perseguiram aqueles considerados como diferentes, hereges, e neste período temporal, a Igreja Católica tinha o poder, nos tribunais religiosos, de condená-los a queimar na fogueira.

No século XVI, a loucura foi entendida como a inadequação do sujeito ao processo de urbanização das cidades e não conformação ao trabalho, como também, ao fato de não acompanhar a exposição em todos os campos do conhecimento e do saber. No século seguinte, surgem as primeiras casas de internamento na Europa com a finalidade de receber pessoas consideradas improdutivas e que ameaçavam a ordem social.

A loucura, que a Renascença acolhia com certa cordialidade, no entendimento de Foucault foi silenciada pelo Classicismo na medida em que consolidou a hegemonia progressiva da razão no Ocidente. Ao estruturar-se como caminho para a busca da verdade na ciência, a razão passou a ser vista como parte constitutiva da natureza humana. Portanto, a dúvida cartesiana (*“Penso, logo existo”*) parecia testemunhar que no século XVII a loucura foi colocada fora do domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade que, para o pensamento clássico, é a própria razão. “Se o homem pode sempre ser louco, o pensamento, como exercício de soberania de um sujeito que se atribui o dever de perceber o verdadeiro, não pode ser insensato” (FOUCAULT, 1993, p.47).

Assim, a loucura foi concebida como desrazão a partir do ponto de vista daqueles que consideram a razão como o caminho da verdade. Por encontrar-se fora dos padrões de normalidade social, a pessoa irracional teve que ser internada, interdita e tratada em um espaço hospitalar, já que não tinha consciência que pensava e tampouco que existia. Daí justificar-se-ia a sua incapacidade para viver em sociedade. Sendo vista como incapaz, esta pessoa não poderia ter os mesmos direitos daqueles que eram tidos como normais.

Em sua obra clássica, *“A história da loucura na idade clássica”*, Foucault (1993) discute sobre a domesticação da diferença, mediante um

sistema coercitivo, historicamente consolidado no Ocidente. Estuda a loucura como a diferença adormecida e esquecida no próprio seio da civilização ocidental, afirmando que o “louco”, tal qual se conhece, foi produzido com o propósito de excluir da experiência humana a palavra desrazão. Buscou compreender os mecanismos culturais pelos quais o homem de razão logrou, reconhecendo e aprisionando a loucura sob diferentes maneiras ao longo dos séculos, convencendo-se da legitimidade de sua própria razão.

Este entendimento seria outro se, ao invés de conceber a loucura como um desvio perante uma norma de razão, o homem procurasse demonstrar o movimento histórico da cultura que atribuiu a esta o sentido de desvio e ao louco o estatuto que o exclui do convívio social. O interesse de Foucault pela loucura como um fenômeno complementar à razão é, pois, resgatar um marco inicial, anterior à separação entre loucura e razão, onde o discurso científico não alcança, e que antecede a ciência positivista.

No século XVIII, houve uma nova concepção sobre a loucura fundamentada nos ideais iluministas de liberdade, igualdade e fraternidade. Assim, em 1793, Philippe Pinel capturou a loucura para o campo médico, libertando-a da animalidade e ou ociosidade. Surge então a Psiquiatria, constituindo um campo de conhecimento da medicina moderna, e a loucura passa a ser concebida como doença mental (SILVA; FONSECA, 2003).

Diante desta nova concepção houve a necessidade de se estruturar locais para receber estas pessoas com a doença mental. Nesses locais, elas eram isoladas para que a nova ciência pudesse estudá-los, estabelecer diagnósticos, tratamentos e condutas a serem aplicadas aos doentes na tentativa de obter a cura (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Pinel acreditava que a inclusão de uma pessoa em uma instituição estruturada adequadamente poderia ajudá-la a se reorganizar. Assim, aconselhava que todas as pessoas com a doença mental fossem internadas em instituições que as resguardassem de estímulos indesejáveis, garantindo a observação e o conhecimento científico para o tratamento moral que consiste em isolamento, organização do espaço terapêutico, vigilância e distribuição do tempo do doente mental, em várias atividades de trabalho dentro do manicômio (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Todos os tipos de hospitais se espalharam no mundo inteiro, constituindo-se no hospital psiquiátrico a modalidade de tratamento da doença mental. Por muito tempo, estes perduraram e se mantiveram inalterados, com características excludentes e segregadoras por, no mínimo, três séculos.

Com a expansão dos hospitais, a importância de uma classificação estatística de uso internacional foi reconhecida e fortemente recomendada no Primeiro Congresso Internacional de Estatística, realizado em Bruxelas, em 1853, e os participantes indicaram a necessidade de uma nomenclatura uniforme de causas de morte aplicável a todos os países (RODRIGUES; FERNÁNDEZ, 2000).

Assim é que, em 1855, na cidade Paris, realizou-se o Segundo Congresso Internacional de Estatística com a apresentação de uma primeira nomenclatura. Esta classificação não foi universalmente aceita, mas é preciso destacar que o princípio de agrupar as doenças, principalmente por localização anatômica, influenciou fortemente a futura classificação de doenças de uso internacional. A primeira classificação de doenças que passou a ter uso internacional foi aprovada em 1893 e, desde então, em intervalos aproximados de dez anos é apresentada e aprovada uma nova revisão.

A Classificação Internacional de Doenças se originou da Lista Internacional de Causas de Morte e era uma preocupação de estatísticos. Em 1946, após a segunda grande guerra, foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU) e em 1948 foi criada a Organização Mundial de Saúde (OMS) e ela passou a se encarregar da Classificação Internacional de Doenças (CID). A partir da sexta revisão, a responsabilidade passou a ser da Organização Mundial da Saúde, o destaque desta revisão ocorreu devido ao fato da introdução das doenças conhecidas à época, não apenas as doenças que eram causas de morte (LAURENTI, 1994).

Foi exatamente nesta sexta edição da CID que as doenças psiquiátricas foram incluídas. Anteriormente, eram agrupadas na seção das doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos. Os registros apontam que nesta edição as patologias psiquiátricas constantes ainda eram muito limitadas. Somente em 1970, o Brasil passou a adotar a Classificação

Internacional de Doenças Mentais (oitava revisão de 1968) que na sua quinta secção tratava das Desordens Mentais (LAURENTI, 1994).

A partir de 1983 foram iniciados os estudos para a décima revisão da CID. Sua primeira versão apareceu em 1988. A maioria dos países passou a adotá-la em 1990. Atualmente, está em vigência esta revisão, conhecida como CID-10 que traz em seu quinto capítulo a relação com a nomenclatura de transtornos mentais e do comportamento.

Neste estudo, optou-se pelo uso do termo transtorno mental, considerando que é o mais utilizado e amplamente aceito, sendo esta a terminologia utilizada pela Organização Mundial de Saúde na décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, bem como na legislação brasileira.

2.2 As mudanças dos modelos: o movimento sanitário e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil e no Piauí

A concepção da loucura no Brasil segue com o mesmo padrão explicitado anteriormente, culminando também para movimentos de mudanças dessa concepção e conseqüentemente da prática psiquiátrica.

Observa-se, portanto, que no período pós-guerra, o cenário mundial torna-se propício para movimentos que contestavam a prática da psiquiatria na contemporaneidade. Surgem, em vários países, questionamentos quanto ao modelo hospitalocêntrico, mostrando a necessidade de reformas. Na Itália, esses movimentos colocaram em questão o próprio asilo, como exemplo, a experiência de Franco Basaglia nas cidades Gorizia e Trieste, as quais tinham como principal referência a defesa do fim da institucionalização da pessoa com transtorno mental. A reforma psiquiátrica brasileira fundamentou-se nos princípios teóricos da reforma italiana (AMARANTE, 1995).

Ao traçar a história da saúde mental no Brasil, Ribeiro (1999) aponta não haver registro de qualquer atenção específica às pessoas com doenças mentais no Brasil colônia. Discorre ainda que apenas no final do século XVIII as Santas Casas passaram a cuidar desta clientela, todavia o tratamento, nesta época, diferenciava-se em função de suas posses e do grau da patologia, embora não contassem com assistência médica.

A atenção específica à pessoa com doença mental no Brasil iniciou-se com a chegada da Família Real e as mudanças sociais e econômicas decorrentes desse novo panorama administrativo, onde para ordenar o crescimento das cidades e das populações, instituíram-se medidas de controle, dentre essas, a criação de um espaço que recolhesse das ruas aqueles que ameaçavam a ordem social.

Sobre os primórdios da Psiquiatria no Brasil Ribeiro (1999) aponta que com o surgimento do primeiro hospital psiquiátrico em 1852 (Hospício D. Pedro II), evidenciou-se um atendimento pobre de especialidade, fundamentação científica e humanização.

Embora a especialidade fosse recente ao país, esta compartilhava da visão excludente da sociedade da época, não superando a assistência desumana a que as pessoas com transtorno mental eram submetidas. Este modelo só foi superado com a proclamação da república que contou com profissionais que seguiam o modelo francês ou alemão de assistência à pessoa com transtorno mental, ambos mantendo o consenso de isolar para conhecer, conhecer para tratar (RIBEIRO, 1999).

A assistência psiquiátrica no Piauí se assemelhava ao contexto nacional e em 15 de janeiro de 1907 foi fundado, através do Decreto nº 327, o Asilo de Alienados em Teresina, objetivando manter a ordem na sociedade teresinense incomodada com a grande leva de migrantes “retirantes da seca”. Em 1941, sob a direção do psiquiatra Clidenor de Freitas Santos, o asilo passa a denominar-se Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, passando a utilizar as técnicas de tratamento da época (ROSA, 2003).

Sobre a forma como a estrutura asilar se manteve através dos anos é correto afirmar que o modelo hospitalocêntrico estava fortalecido por questões de manutenção da ordem na sociedade e por questões de poder entre os profissionais de saúde. Essas circunstâncias deram ao manicômio três funções que podem ser delimitadas com clareza: função médica, terapêutica, cuja eficácia pode ser questionada; função social, refúgio para loucos pobres, necessitados de um ambiente protegido ou tutelar; função de proteção da sociedade, perante um grupo que transitava no limite da legalidade e cuja forma de vida não era aceita pela maioria (DESVIAT, 1999).

Nesse modelo, pode-se dar ênfase ao agir do enfermeiro como profissional que vigiava e punia as pessoas que viviam nestes espaços de confinamento, com poder de reportar ao médico suas avaliações sobre o comportamento das pessoas com transtornos mentais, já que estes profissionais agiam como agentes físicos do controle, que passavam quase todo o tempo em contato direto com os pacientes (LOUGON, 2006).

Com este mesmo ponto de vista, Oliveira (2009) afirma que o enfermeiro do hospício herdou as práticas do serviço de guarda primitivo, misto de carcereiro e juiz dos acontecimentos de dentro da enfermaria. A contenção, o “sossega-leão” [medicação injetável de sedação], a saída da enfermaria, o cigarro, as roupas, o privilégio do banho, em suma, o prêmio e o castigo, eram decisões desse funcionário primitivo, senhor dos destinos, preso à história de uma psiquiatria do passado.

No período de transição política, da República Velha ao Estado Novo, foi marcante a presença da Liga de Higiene Mental e seus seguidores que traziam teorias sobre “eugenia” (fundamentada pela ideologia dominante da época) que encontrava cientificidade no preconceito de superioridade de uma raça em relação à outra em contraposição à psiquiatria social e a humanização do atendimento. Nessa época, as enfermeiras formadas pela Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto trabalhavam em consonância com a teoria supracitada e tinham como atribuições:

Observar e assistir, sob orientação do alienista e do assistente, os doentes que estão em tratamento ambulatorial, observar o meio doméstico e social em que ocorreu cada caso, relatando-o aos médicos; difundir as noções mais práticas da higiene e da eugenia entre os familiares dos doentes. (LOUGON, 2006, p. 76).

Diante de tais funções é clara a submissão da prática da enfermeira ao poder do saber médico, como também a aproximação desta profissional com a pessoa com transtorno mental e sua família, embora esta proximidade tenha cunho disciplinador.

A psiquiatria social teve seus primeiros avanços na década de 1930, quando alguns psiquiatras buscaram atividades voltadas ao aperfeiçoamento do atendimento psiquiátrico de forma mais humanizada, incorporando

“técnicos improvisados” (RIBEIRO, 1999, p.28) já que muitas das categorias profissionais da saúde ainda não existiam ou existiam em número reduzido no país.

Em 1954, em Teresina foi inaugurado um hospital psiquiátrico privado, com arquitetura que podia ser comparada à de um castelo medieval, o Sanatório Meduna, que à sua época, inovou o tratamento psiquiátrico no Nordeste. A abertura deste hospital consta como um dos mais importantes fatos ocorridos no século XX no Piauí. A capital se destacava no cenário nordestino porque possuía um dos melhores e mais humanizados hospitais psiquiátricos (ROSA, 2008). Posteriormente foi instalado em suas dependências o serviço de Hospital-Dia, nesta época, interpretado como um “marco histórico”, já que permitia a participação familiar e comunitária na condução do tratamento das pessoas com transtornos mentais.

Para esta época, o surgimento da Enfermagem estava relacionado com o aparecimento do hospício ainda no Império, tendo como função vigiar, controlar e reprimir a pessoa com transtorno mental. Ao refletir sobre o papel da enfermagem psiquiátrica, Rocha (1994) faz uma análise histórica desde seu surgimento, marcado por vigiar e disciplinar o sujeito cuidado e pela subordinação ao saber médico, e chega aos dias atuais, em que o enfermeiro busca alcançar o papel de agente terapêutico.

Atualmente, o Serviço Social, a Enfermagem, a Terapia Ocupacional, a Psicologia e a Psiquiatria tentam trilhar a assistência em saúde mental de forma complementar, interdisciplinar, defendendo essa forma como a que deve ser seguida e tentando superar as dificuldades que podem surgir dessa relação.

De acordo com Ribeiro (1999), a situação de saúde no final do século XX teve reflexo da política adotada após 1964. Momento marcado pela adoção de políticas de saúde que visavam acumulação de capital, a mercantilização da medicina, utilização descontrolada dos fármacos, em detrimento do modelo de saúde preventiva, com base em atendimentos ambulatoriais.

O foco na doença, no tratamento e na cura vinculada ao hospital motivou no final da década de 1960 um movimento que exigia uma nova lógica na atenção à saúde no Brasil – a reforma sanitária. Este movimento

trazia à pauta a exclusão do acesso à saúde, a ineficácia do modelo assistencial vigente e propôs a criação de um sistema de saúde, cujos princípios norteadores deveriam ser: universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção à saúde (DESVIAT, 1999; AMARANTE, 1998).

O movimento da reforma sanitária previa a reorganização do sistema público de saúde e também se constituiu representativo na reforma psiquiátrica, sendo a pauta nesse campo a oposição à hegemonia do hospital no tratamento das pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2004).

Diante da situação vivenciada pelos trabalhadores em saúde mental nesse período, tem início em 1978 um movimento organizado pelos trabalhadores desse setor. Esse movimento denunciou a falta de recursos das unidades, condições de trabalho e assistência precárias e ausência de políticas de saúde mental e trabalhista nacionais e objetivou prioritariamente a transformação da assistência psiquiátrica, tendo sido iniciado com os profissionais, posteriormente passou a contar com familiares, ex-usuários, usuários e comunidade em geral a partir do II Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1987, em que estes atores passaram a lutar juntos pela consolidação da reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

A década de 1980 marca a chegada dos protagonistas e do programa do movimento sanitário à gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas. Isso se deu por meio da vitória oposicionista nas eleições para governador, em 1982, em vários estados da chamada 'cogestão' dos hospitais psiquiátricos do país e da eleição, alguns anos depois, de Tancredo Neves e José Sarney para a presidência da República: "nesse período, o movimento sanitário se confunde com o próprio Estado" (AMARANTE, 1995; p.96). Naturalmente, as ações ganhavam um cunho institucionalizante, no sentido de apostarem no aperfeiçoamento tanto da instituição psiquiátrica quanto da gestão pública.

A 'cogestão' foi uma modalidade de alocação de recursos através de convênio firmado entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde ou o Ministério da Educação instituída na política nacional de saúde no início dos anos 1980 que estabeleceu a construção de um novo modelo de gerenciamento em hospitais públicos (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005).

Neste mesmo período, foi inaugurada a Associação Comunitária de Saúde Mental do Piauí, que contou com a participação de profissionais de saúde e pessoas da comunidade. Levaram ao debate questões envolvendo a assistência psiquiátrica no Estado, bem como divulgaram experiências de novas práticas em saúde mental, já efetivada em outras regiões, sua criação é apontada como uma aproximação pouco exitosa no Estado com o movimento de reforma psiquiátrica, pois sua atuação enfraqueceu em poucos anos (ROSA, 2003).

Além do amadurecimento da crítica ao modelo privatista, a década de 1980 assistiu ainda a três processos também importantes para a consolidação das características atuais do movimento da reforma: o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde mental, a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo e a iniciativa de reformulação legislativa (AMARANTE, 1995).

Autores como Binswanger (1981) percorreu o caminho antropológico no estudo sobre os transtornos mentais e fez uma análise fenomenológica como maneira de compreender o transtorno mental, descrevendo os projetos de mundo dos sujeitos, caracterizando suas expressões simbólicas, traduzindo o modo de ser destes sujeitos no mundo e, por conseqüência, modificando seu cuidado.

De um ponto de vista compreensivo, o transtorno mental se configura por uma ruptura do sentido de consistência e continuidade da experiência vivida, com variações e modalidades específicas de adoecer definidas, levando a uma separação do mundo no sentido do indivíduo não ser capaz de encontrar, fora ou dentro dele, um modo de reconstituição deste vivido (FIGUEIREDO, 1999).

Por estar emaranhado numa teia de alternativas improdutivas, o sujeito com transtorno mental faz tentativas desesperadas de restabelecer a consistência e a continuidade de suas experiências. Estas estão asseguradas pelo mundo familiar comum, pelo encontro e comunicação com o outro, mas permanecem envolvidas na alienação do sujeito.

Já na perspectiva da ampliação do escopo do movimento, é instituído o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, visando a

potencializar o poder de aglutinação de maiores parcelas da sociedade em torno da causa. Finalmente, a própria questão das estruturas de cuidado ganha outra abordagem: não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação integral), mas de inventar novos serviços e novas tecnologias de cuidado, o que exigirá rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em estratégias políticas diversificadas, abertas e de natureza comunitária ou 'territorial', constituindo a tarefa da reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

Para a década de 1980, destaca-se também a apresentação do projeto de lei nº 3.657/89, do deputado Paulo Delgado, que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Este fato produziu uma ampliação da discussão sobre o tema em todo o país para além dos meios especializados e proporcionou o avanço do movimento da reforma psiquiátrica (TENÓRIO, 2002).

O projeto foi considerado sem grandes complexidades, contando com três artigos de conteúdo: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de "recursos não-manicomiais de atendimento", e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação. A aprovação da lei a partir deste projeto não contemplou a exclusão da internação, mas promoveu a quebra da rede de reprodução dos modelos manicomiais.

Além disso, a discussão sobre o projeto suscitou a elaboração e aprovação, de leis estaduais que, regulamentavam a assistência na perspectiva da substituição asilar. A intensificação do debate e a popularização da causa em prol das pessoas com transtorno mental, desencadeada pela iniciativa de revisão legislativa, certamente impulsionaram os avanços que a luta alcançou nos anos seguintes.

Embora o código penal e o civil necessitem de revisão, podem-se citar alguns avanços no âmbito jurídico-político, a Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001, que incluiu o Ministério Público Estadual nos casos de internações involuntárias em hospital psiquiátrico; as Portarias Ministeriais nº 189/91 e

224/92, que instituíram modalidades extra-hospitalares de assistência em saúde mental (hospital-dia, oficinas terapêuticas e Centros de Atenção Psicossocial) posteriormente reestruturadas pela portaria nº 336/02, que estabeleceu modalidades distintas de CAPS.

Cabe destacar, também em âmbito nacional, a Lei nº 9867, de 11 de novembro de 1999, que instituiu as cooperativas sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho; a Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que instituiu os serviços residenciais terapêuticos; e a Lei nº 10708, de 31 de julho de 2003, que instituiu o auxílio reabilitação social para pessoas com transtorno mental egressas de internações psiquiátricas (AMARANTE, 2007).

Este amparo legal permitiu subverter os valores do hospício, vislumbrando o resgate da cidadania da pessoa com transtorno mental, devolvendo-lhe o direito de trabalhar, mesmo que de forma assistida; de morar; de ter bens; de decidir, o que antes lhe era negado e ou imposto. A partir da década de 1990, efetivamente, a discussão da assistência psiquiátrica no Piauí passa a ser tema de interesse de outros atores sociais além dos trabalhadores de saúde mental. No plano legislativo estadual pode-se citar o projeto de Lei nº 71/97, reapresentado sob o nº 13/99, que ainda encontra-se em tramitação na respectiva esfera legislativa (ROSA, 2003).

Com relação ao legislativo municipal, através da Lei nº 2987, de 17 de maio de 2001, que trata da regulamentação dos serviços de saúde mental no município de Teresina e normatiza a observação de dispositivos como CAPS, Centros de Convivência, leitos psiquiátricos em hospital geral, dentre outros na política de atenção integral à saúde mental no município, oferecendo fundamentação legal. Ressalta-se, que sua implementação ainda caminha a passos lentos.

Embora a legislação do município de Teresina tenha apontado os direcionamentos da assistência em saúde mental, somente em 2005 a Fundação Municipal de Saúde colocou em funcionamento dois Centros de Atenção Psicossocial destinados a atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes: um na zona norte (bairro Pirajá), outro na zona leste (bairro Ininga). Importa informar que com a instalação destes dois centros ainda não se atendia a demanda do município, pois segundo parâmetros do

Ministério da Saúde um CAPS deve atender cem mil habitantes e Teresina conta com aproximadamente oitocentos mil habitantes.

Mais recentemente, em dezembro de 2009, tem início a expansão dos serviços comunitários de saúde mental com a abertura, por parte da administração pública municipal, de mais um CAPS, na zona Sul (bairro Pio XII) e com previsão de inauguração de um CAPS na zona Sudeste (bairro Dirceu Arcoverde) para fevereiro de 2010 e um CAPS III para junho deste mesmo ano.

Estes fatos mais recentes apontam para o interesse da atual gestão em caminhar na direção da política nacional de saúde mental que tem nos CAPS, uma estratégia política de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental. Este também tem sido o direcionamento nos demais municípios brasileiros, já que em outubro de 2009 o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) informava a existência de 1467 (mil quatrocentos e sessenta e sete) CAPS no território nacional, destes, 31 (trinta e um) funcionam no estado do Piauí e 04 (quatro) no município de Teresina.

2.3 Teorias de Enfermagem e a interface com a saúde mental

Algumas teóricas de Enfermagem estudaram a relação interpessoal e sua importância para a prática da enfermagem no campo da saúde mental, dentre elas destacam-se Hildegard Peplau, Ida Jean Orlando e Joyce Travelbee, sendo estas classificadas por George (2000) como teorias orientadas para a interação enfermeira-paciente. A inclusão de Jean Watson neste tópico justifica-se por esta autora utilizar referências humanísticas existenciais em sua teoria, corroborando o pensamento de Martin Heidegger.

Em 1952, Hildegard E. Peplau propôs o Modelo das Relações Interpessoais e destacou-se como a pioneira a desenvolver uma teoria de enfermagem na área da saúde mental, na qual utilizou o termo cuidado psicodinâmico para descrever o relacionamento dinâmico entre um enfermeiro e um paciente (LEOPARDI, 2006).

O relacionamento interpessoal defendido por Peplau já entendia a enfermagem como uma arte terapêutica e curativa, na qual seus profissionais ao cuidarem do ser humano que precisa de ajuda, necessitam constituir um

aprendizado mútuo do “eu” e do “outro” considerando que cada ser humano é único e não reage a uma situação da mesma forma que outro (MELLO, 2009).

A teoria de Peplau traz entre seus pressupostos que qualquer ser humano possui idéias preconcebidas que influenciam suas percepções. O enfermeiro, por sua vez, possui conhecimentos específicos da profissão e percepções que usa para ajudar o paciente. Assim, a enfermagem é útil quando paciente e enfermeiro crescem juntos em razão do aprendizado mútuo proporcionado no relacionamento interpessoal (TOWNSEND, 2002).

Em seus estudos, Peplau estabeleceu quatro fases para o relacionamento terapêutico a ser estabelecido entre a enfermeira e a pessoa que vive com transtorno mental: inicialmente, a pessoa e a enfermeira identificam mutuamente o problema a ser enfrentado; em seguida, há uma aproximação entre a pessoa e a enfermeira em que aceita a ajuda profissional; posteriormente, a pessoa executa ações tais quais orientadas pela enfermeira e, finalmente, a pessoa alcança os objetivos traçados, estabelece novos objetivos de acordo com suas expectativas e se torna independente do relacionamento terapêutico (LEOPARDI, 2006).

Assim, a teoria de Peplau oferece uma base teórica para os enfermeiros alcançarem o relacionamento terapêutico, fundamentando papéis que estes profissionais podem assumir para ajudarem a pessoa com transtorno mental a progredir e alcançar um nível de desenvolvimento apropriado, dotando o indivíduo a enfrentar os problemas recorrentes da vida.

Posteriormente, entendendo a relação enfermeiro-paciente como um processo dinâmico, Ida Jean Orlando, em 1961 propôs a Teoria do Processo de Enfermagem Deliberativo, onde descreve o processo de enfermagem baseado na interação entre o paciente e a enfermeira. Sua experiência na área de ensino e prática focou-se na saúde mental e enfermagem psiquiátrica, no entanto, aplicou suas idéias em muitas áreas especializadas da enfermagem (LEONARD; GEORGE, 2000).

A autora buscou esclarecer os fatores que favoreciam ou impediam a integração dos princípios de saúde mental no curso básico de enfermagem e identificou que a declaração da enfermeira sobre sua percepção ou o seu sentimento sobre o comportamento do paciente diferenciava a comunicação efetiva da inefetiva. Segundo esta teoria, o propósito da Enfermagem é suprir

a ajuda que o indivíduo requer segundo suas necessidades¹ (LEOPARDI, 2006).

Na teoria de Ida Orlando, a Enfermagem é uma profissão singular e independente que fornece o auxílio direto ao indivíduo quando este está em situação de carência de ajuda, entendida como o sofrimento vivido em determinados momentos por este indivíduo. Ela acredita que a enfermagem é exclusiva e independente, preocupando-se com a necessidade individual de ajuda, seja real ou potencial, em uma situação imediata (LEONARD; GEORGE, 2000).

O foco do enfermeiro está no indivíduo e suas necessidades. O profissional percebe o comportamento do paciente através da comunicação verbal e não verbal, seu desempenho nas atividades e nas manifestações fisiológicas do comportamento que levam o enfermeiro a perceber suas necessidades, porém são entendidas inicialmente como suposições do profissional que devem ser validadas pelo paciente para poder guiar as ações de enfermagem (LEONARD; GEORGE, 2000).

Em muitas instâncias, as pessoas podem preencher suas próprias necessidades e não exigir a ajuda de profissionais de enfermagem. Quando não podem fazer isso, ou não entendem essas necessidades, faz-se presente a necessidade de ajuda, daí a função da enfermeira é identificar corretamente e aliviar essa necessidade (LEONARD; GEORGE, 2000).

Em sua teoria, Orlando defende que a relação enfermeiro-paciente desperta no profissional de enfermagem pensamentos e sentimentos. O primeiro é um processo cognitivo e o segundo afetivo e ambos despertam no enfermeiro interesse pelo indivíduo que juntos vão decidir que ações serão desenvolvidas no processo interativo.

Dentre as teóricas de Enfermagem que estudaram o cuidado na profissão do enfermeiro, Jean Watson o apresenta como revestido de aspectos morais, éticos e humanos. Propõe a valorização e retomada do cuidado humano, apresentando uma visão ampla do cuidado e de suas

¹ Orlando define necessidade como “uma exigência do paciente que, se suprida, alivia ou diminui seu sofrimento imediato ou melhora sua sensação de adequação e bem-estar” (GEORGE, 2000, p.133).

diferentes dimensões, levando em consideração os profissionais do cuidado – enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Watson, em 1979, baseia a sua teoria em fundamentos humanísticos existenciais baseados na fenomenologia, propondo que a Enfermagem retome a sua essência: o cuidado, visto como ciência, filosofia, ética e ideal moral. Para ela, o cuidado, *healing*, é entendido no sentido de recomposição, reestruturação da saúde, da pessoa, da mente, do corpo e da alma numa unicidade, e não no sentido de cura (OLINISKI; LACERDA, 2006).

A Teoria de Watson expõe um cuidado que permite o contato do enfermeiro com o mundo subjetivo do ser cuidado, fazendo com que ambos atribuam sentido a essa experiência. Neste contexto, há uma nova visão de mundo, aquela que busca um aspecto mais amplo da pessoa, do *ser*, da humanidade. Também propõe o crescimento e a modificação do ser humano através de um contínuo processo de *vir-a-ser*, que é influenciado pela autenticidade, e pela consciência dos envolvidos no momento de cuidado (TALENTO, 2000).

Nessa concepção, o cuidado holístico fundamental à prática da enfermagem, deve buscar mais conexões do que separações entre as partes que compõem o ser; necessita associar o conhecimento científico a fatores de cuidado que derivem da perspectiva humanística, ressaltando a transcendência ao mundo emocional e subjetivo da pessoa como caminho para o ser interior e seu sentido mais completo (WATSON, 2007).

Segundo a teoria de Watson, o relacionamento entre a enfermeira e o cliente contém aspectos exclusivos baseados em expectativas mútuas: o cliente espera alta tecnologia no tratamento, como espera que a enfermeira seja cordial e bondosa; a enfermeira valoriza o cuidado, mas o sacrifica para realizar tarefas da era tecnológica. Assim, defende a necessidade de reforçar os estudos humanísticos que acredite na dignidade e no valor de cada ser humano (TALENTO, 2000).

Em razão da busca por fundamentos que estabelecessem relações efetivas entre o enfermeiro e a pessoa com transtorno mental, Joyce Travelbee, em 1979, pesquisou, descreveu e ensinou o Modelo da Relação Pessoa – Pessoa, destacando a noção de que, em uma relação, um dos seres humanos necessita de ajuda e o outro a propõe. Esta teoria tem entre

seus pressupostos que os seres humanos são racionais, sociais e singulares e são mais diferentes do que semelhantes (LEOPARDI, 2006).

Segundo este modelo, o indivíduo é capaz de enfrentar estresse por um período prolongado, propondo a idéia de que o sofrimento é uma experiência que todos os seres humanos encontram em algum momento da vida, que varia de intensidade de pessoa para pessoa, relacionando-o à doença, cujo significado o enfermeiro pode ajudar a esclarecer.

Para Travelbee, a Enfermagem é um serviço comprometido com a mudança e a influência de outros. O enfermeiro precisa ser capaz de utilizar a comunicação como processo, e para tal deve saber ouvir, entender e valorizar o outro, favorecendo o crescimento pessoal. A relação é pessoa-pessoa, uma interação de dois ou mais seres humanos, de modo que ambos podem compartilhar seus sentimentos, valores e significados mediante o estabelecimento da comunicação (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

A prática do relacionamento enfermeiro-paciente, de acordo com Travelbee, exige do profissional a capacidade de comprometer-se emocionalmente e estabelecer uma relação madura com o paciente, aceitando-o como ele é, sem julgamentos e compreendendo o porquê de seus comportamentos (MELLO, 2009).

Esta teórica entende a saúde mental como algo que a pessoa é e não como algo que ela possui; podendo ser demonstrado por comportamentos e atitudes como: atitude para amar, capacidade para enfrentar a realidade e capacidade para encontrar um sentido para a vida (GONZALES, 1999).

O Modelo da Relação Pessoa-Pessoa permite ao profissional enfermeiro que o desenvolve adquirir a noção de suas possibilidades e limitações de forma construtiva, aprendendo a respeitar as pessoas, apreciar as diferenças e percebê-las como humanas. Esta relação é a base sobre a qual se estabelece a prática da enfermagem em saúde mental, em que ambos, enfermeira e pessoas com transtorno mental têm de reconhecer um ao outro, como ser humanos únicos, e isso possibilita um crescimento e aprendizado mútuos. Assim, a enfermeira usa seu “eu” como um recurso terapêutico, que consiste na capacidade de servir-se de sua própria personalidade, intencionalmente, na tentativa de estabelecer uma relação de ajuda e de planejamento do cuidado (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Dentre as possibilidades da compreensão das teorias de enfermagem que focalizam o cuidado e a interação pessoa - pessoa, elaboradas a partir das concepções de Peplau, Orlando, Watson e Travelbee, pode-se destacar que quanto maior for o conhecimento das enfermeiras sobre estas fundamentações, maior será a possibilidade de desenvolver um cuidado que atenda às contingências dos sujeitos.

2.4 O cuidado: sua trajetória e implicações na Enfermagem

As concepções sobre o cuidado, na área da saúde, variam em diferentes épocas, conforme o modo de entender o ser humano e a relação entre este e o mundo em que vive. Assim, diferentes categorias profissionais têm desenvolvido o cuidado. No entanto, entre as ciências da saúde, a Enfermagem tem se dedicado mais enfaticamente ao estudo do cuidado inclusive com o desenvolvimento de teorias.

A enfermagem, como profissão, traz em sua essência o cuidado, muito embora no processo evolutivo da construção do seu conhecimento tenha agregado exigências oriundas dos modelos econômicos, sociais, culturais e políticos, ressaltando em sua prática o caráter tecnicista. Nesse modelo, raras eram as exceções em que o ser humano deixou de ser visto como objeto das ações terapêuticas para ser valorizado em sua totalidade (WALDOW, 2006).

O enfoque no cuidado tem encontrado eco em uma parcela significativa da comunidade de enfermagem, oferecendo-lhe uma nova abrangência, conduzindo ao desenvolvimento de novas formas de conhecimento. Assim, é que em diferentes momentos históricos o cuidado emerge como força agregadora das ações de enfermagem de tal modo que neste século XXI o cuidado é para a enfermagem base para o atendimento às pessoas com delicadeza, com sensibilidade, dando-lhe atenção especial, ou seja, envolve uma apreciação original e singular do outro (WALDOW, 2004).

Neste sentido, a contribuição definitiva da enfermagem para a sociedade constitui-se no cuidado. Em uma concepção holística de saúde, o acompanhamento adequado aos enfermos faz-se necessário e, dessa forma,

impõe-se a tarefa de pensar essa práxis a partir de sua própria essência (TORRALBA ROSELLÓ, 2009).

Dentre os estudos contemporâneos na Enfermagem que contemplam o cuidado, destaca-se o de Madeleine Leininger, mestre em enfermagem psiquiátrica na *Catholic University of America* (Washington - EUA). Seu mestrado foi importante para que conduzisse e publicasse suas pesquisas na área de enfermagem psiquiátrica. Enquanto trabalhava em uma unidade psiquiátrica em meados dos anos 1950, em Cincinnati (Ohio – EUA), Leininger passou a perceber uma lacuna na compreensão dos fatores culturais que influenciavam no comportamento das crianças que estavam sob seus cuidados.

Desde então, Leininger passou a refletir sobre a interrelação entre Enfermagem e Antropologia. Tal interesse fez com que Leininger buscasse o programa de doutorado em Antropologia Psicológica, Social e Cultural da *University of Washington*, em 1959, e procurasse fundamentar seus estudos nos aspectos conceituais relacionados à cultura, enfermagem e etnociência. (GEORGE, 2000).

Assim, Madeleine Leininger, enfermeira norte americana, destaca-se por ver o cuidado como foco central da enfermagem, defende que o enfermeiro precisa ser disponível, saber ouvir e dedicar um cuidado amoroso ao outro, valorizando sua cultura. Destaca-se também, por trazer à tona a importância de aprofundar os estudos sobre o cuidado, iniciando um movimento de buscar conhecer os significados do cuidado; para tanto, é possível buscar esse entendimento em distintas concepções: religiosa, antropológica e sociológica (WALDOW, 2008).

2.4.1 Concepção religiosa do cuidado

Na Europa, no século XVI, a prática médica estava marcada pela assistência aos poderosos, artesãos e burgueses. As ordens religiosas estavam implicadas com a Enfermagem em um momento histórico em que a assistência aos pobres era exercida por curandeiros e barbeiros, surgindo então o atendimento dos monges e religiosos em geral, que buscavam o prêmio celeste por seu devotamento (LEOPARDI, 2006).

Este período marca o cuidado aos menos favorecidos, aos pobres como preceito de boa moral e resignação cristã. Estes levaram ao surgimento, no ocidente, da instituição hospitalar como ambiente de cuidados e o aparecimento de outros profissionais da saúde, além do médico.

Desta forma, vale destacar que o cuidado de natureza religiosa tem raízes seculares. Na perspectiva judaico-cristã, o cuidado com o outro em sofrimento constitui-se em um dever fundamentado na solidariedade, vendo o outro como irmão. O cristianismo apregoa o altruísmo, traduzindo o interesse pelo outro, já que o cuidado aos necessitados constitui-se numa atividade para agradar a Deus e, assim, obter a vida eterna.

Há na Bíblia Sagrada, há o relato dos bons samaritanos que proviam de alimentos os famintos, davam água aos que tinham sede, vestiam os desnudos, visitavam os aprisionados, abrigavam os sem teto, cuidavam dos doentes e encarcerados, sepultavam os mortos, dentre outras ações, professando, assim, as obras da caridade cristã.

Ao assumir o cuidado aos enfermos, aos pobres e necessitados, a Igreja encarregou homens e mulheres desta tarefa, porém algumas ordens de mulheres (freiras, viúvas e diaconisas) se dedicavam exclusivamente ao cuidado. As instituições mantidas pela Igreja objetivavam o cuidado e tinham características eclesiais: conforto físico e espiritual (WALDOW, 2008). Quando alguém está doente percebe a vulnerabilidade do seu ser (TORRALBA ROSELLÓ, 2009). O cuidado ao ser humano em situação de vulnerabilidade foi encarado como um dever fundamentado na fraternidade que caracteriza a condição de humanidade do ser humano segundo a religião cristã.

A comunidade cristã demorou treze séculos para inserir a mulher e seus conhecimentos na prática de cuidados o que aconteceu com o desenvolvimento das ordens hospitalares femininas onde as freiras eram encarregadas dos cuidados aos doentes hospitalizados, mais do cuidado espiritual que com o corpo, este era relegado aos subordinados (COLLIÈRE, 1989).

O cuidado oferecido aos enfermos tinha características eclesiais, permanecer pobre junto a eles, não apenas na pobreza material, mas também, em relação à pobreza de conhecimento. Assim, obedecer e servir foi

o eixo da tarefa do cuidado, não havia questionamentos, apenas seguir ordens, tampouco havia necessidade de conhecimento, apenas cumprir as regras e não emitir julgamentos (WALDOW, 2008).

Nesse sentido, a mesma autora afirma que alguns aspectos do cuidado legaram características que influenciaram e foram transmitidas à Enfermagem, ao longo dos anos, até os dias de hoje como: divisão do trabalho, subordinação ao saber médico, pouco reconhecimento econômico, cunho caritativo do cuidado, fundamento moral, dentre outros.

Cabe destacar que a cura, neste contexto, pode ser entendida como o resultado de uma intervenção externa que normalmente é realizada por um profissional de saúde, normalmente, o médico, que erradica o desconforto principal. Já o cuidado, embora não haja uma definição, segundo a concepção religiosa, pode ser entendido como o desenvolvimento das potencialidades humanas que permite a restauração da integralidade do ser a partir de suas próprias forças, sendo uma das principais responsabilidades do enfermeiro, levando este profissional a promover o ser cuidado (SCHEFFER; FIALHO; SCHOLZE, 2009). Aqui, cabe a máxima, não há cura sem cuidado, mas deve haver cuidado sem cura.

Com o advento do conhecimento científico, o cuidado foi menos valorizado, pois a ênfase do tratamento hospitalar era a cura, sendo o cuidado visto como prática inferior e de caráter dependente. Em muitos aspectos, ainda hoje, parte dos enfermeiros não valoriza o cuidado, priorizando as atividades mais ligadas a tecnologias em detrimento das ações básicas delegadas aos profissionais de formação elementar como técnico e auxiliar de enfermagem (WALDOW, 2008).

Os cuidados de enfermagem podem ter duas abordagens distintas (COLLIÈRE, 1989): cuidados cotidianos ou habituais e cuidados de reparação. Para a autora, os cuidados cotidianos ou habituais relacionam-se com a continuidade da vida, representando os cuidados que a sustentam, reabastecem-na de energia, seja de natureza orgânica (alimentação, hidratação, higiene, calor, luz) ou de natureza afetiva, psicossocial, havendo intersecção entre ambos e fundamentando-se em todos os hábitos de vida, crenças e costumes.

No entanto, os cuidados de reparação relacionam-se com a necessidade de reparar as alterações decorrentes dos obstáculos à vida. Estes permitem assegurar a continuidade da vida diante dos impasses ou entraves, quais sejam: a fome, a insuficiência de recursos em energia, doenças, acidentes, dentre outros. Neste sentido, o processo de formação das enfermeiras adaptado ao modelo biomédico foca-se no cuidado técnico, orientado e determinado pela doença. Caso prevaleçam os cuidados de reparação aos cuidados habituais, a cura ao cuidado ocorre à diminuição progressiva das forças vivas da pessoa, esgotando-se, assim, as fontes de energia vital.

Assim, é possível entender que diante da concepção religiosa o cuidado foi apresentado como uma possibilidade de auxiliar o outro em suas necessidades assistenciais tanto corporais quanto espirituais e foi desempenhado por homens e mulheres, com o predomínio das últimas e que, considerando o momento histórico e o cenário em que este cuidado ocorria, não foi valorizado economicamente, nem socialmente.

2.4.2 Concepção sociológica do cuidado

Muitas das influências fundamentadas na religião se relacionam com as perspectivas sociais, tais como: questão de gênero, aspecto econômico e divisão do trabalho.

Analisando a questão de gênero, Waldow (2008) afirma que na realidade hospitalar o cuidado é predominantemente feminino, sendo visível para além das profissionais de enfermagem estendendo-se para os setores de higienização, hotelaria, cozinha, assistência social, nutrição, serviços de secretaria, arquivo médico, dentre outros. Os homens ocupam espaços nos serviços de cunho masculino, nos quais predominam a força e habilidades específicas, como medicina, manutenção, obras, engenharia, carpintaria, segurança e outros.

Portanto, nesta estruturação da questão de gênero é possível afirmar que, sob o ponto de vista social, o cuidado nasceu no espaço privado, na família, sendo a mulher a primeira a preocupar-se com o cuidado do filho, do marido, dos parentes, transmitindo essa experiência para as filhas,

disseminando pelas comunidades o conhecimento do cuidado. Então, o cuidado traz uma marca social de sensibilidade, de compreensão, de amor e de ajuda comum no comportamento das mulheres. Portanto, esse cuidado não se conforma no fundamento científico cartesiano adotado na área organicista e extensivo predominantemente às profissões da área da saúde (WALDOW, 2008). No entanto, traz implicações para o asilamento já que é no espaço privado que se tem maior controle sobre o ambiente.

As mulheres tiveram papel predominante nas atividades corporais, pois vivenciaram e cuidaram, durante o parto, do recém nascido, da puérpera, da lactação, da educação da prole, dos púberes, e em todos os momentos do ciclo vital. Esta experiência as dotou de conhecimento ímpar. Também desenvolveram conhecimento sobre o corpo, tanto por seu contato direto com a higiene e a estética, bem como no preparo de alimentos, conhecimentos de agricultura e conseqüentemente de farmacologia (COLLIÈRE, 1989).

A mesma autora afirma que desde os primórdios da humanidade, desde que surge a vida, é preciso o cuidado para que a vida possa permanecer, cuidados estes efetuados por mulheres que transmitiram seus conhecimentos de geração em geração. A Igreja cristã ao permitir que mulheres se dedicassem ao cuidado institucionalizado conferiu forte influência em sua natureza.

As características das mulheres, castidade, nobreza de alma, dedicação, subordinação e dependência influenciaram o desenvolvimento da Enfermagem e das atividades que privilegiavam o cuidado; com o advento da Enfermagem institucional somaram-se a estas características: elevada moral, pouco conhecimento, muito trabalho e obediência (WALDOW, 2008).

Quanto à questão econômica, vale lembrar que a prática do cuidado, em geral, não era remunerada, ao profissionalizar o cuidado através da Enfermagem, em sua origem foi lucrativo, na visão dos administradores uma mão de obra cara. Assim, procuraram fracionar o número de trabalhadoras, protocolando as tarefas, reduzindo a qualidade do cuidado (WALDOW, 2008).

Neste sentido, há que se pensar que o cuidado é desvalorizado por ser desempenhado por mulheres que, por não encontrarem outros espaços, escolhem as atividades de cuidado porque estas lhes são concedidas.

No século XIX, surge a Enfermagem moderna, com sua institucionalização, a partir de Florence Nightingale há a implantação do ensino formal para enfermeiras, na forma de ensino superior inicialmente na Inglaterra e Estados Unidos e, posteriormente, difundido para toda a América (LEOPARDI, 2006).

Destarte, Waldow (2008) chama a atenção para as práticas de enfermagem como componentes de um conjunto de ações hierarquizadas, desde os esforços de Florence Nightingale para preservar um conhecimento próprio para a Enfermagem, que não se singularizam como atos autônomos, constituindo-se em atividades transitórias para viabilizar com eficácia o tratamento médico.

Assim, as ações hierarquizadas no seio da própria Enfermagem legitimam a divisão de classes: o tratar, ação do médico; o gerenciar o cuidado, ação da enfermeira; a execução do cuidado, ação do técnico e auxiliar de enfermagem. Esta divisão do trabalho aponta para um distanciamento da enfermeira com a execução do cuidado e sua aproximação com as ações mais 'burocráticas', fato que costuma ser levantado, pelos demais membros da equipe de saúde, como um ponto frágil do trabalho da enfermeira.

Com o advento da cientificidade na Enfermagem aparecem os avanços tecnológicos, levando a profissão a valorizar técnicas e procedimentos que priorizam, ou até justificam a terapêutica médica, daí o uso da terminologia - cuidados de Enfermagem, que pode ser entendido por qualquer cuidado desempenhado por um profissional da Enfermagem. Assim, a Enfermagem surge como uma ocupação assalariada que vem atender à necessidade de mão-de-obra nos hospitais, constituindo-se como prática social institucionalizada e com saber especializado (GEOVANINI *et al.*, 2005).

Nessa lógica da concepção sociológica e sua apropriação das tecnologias pela enfermagem, predomina a dominação de instrumentos e sua colocação a serviço dos interesses pessoais e coletivos do profissional de enfermagem e das pessoas a quem este profissional destina o cuidado. Até então, o cuidado fundamenta-se no modelo biomédico, alicerçado no mundo da técnica, sendo mais valorizado quanto mais técnico seja considerado e o ser humano nesta acepção é tratado como objeto de cuidado.

2.4.3 Concepção antropológica do cuidado

É com Madeleine Leininger que o cuidado na Enfermagem passa a ser investigado de forma mais intensiva. Esta autora desenvolveu uma teoria derivada da Antropologia e a conceitualiza de um modo a vinculá-la a Enfermagem, proporcionando uma base, uma concepção e uma operatividade cultural aos conhecimentos e à prática da Enfermagem (WALDOW, 2008).

Ao formular sua teoria trouxe um novo conceito para enfermagem,

uma profissão e uma disciplina científica aprendida e humanista enfocada no fenômeno e nas atividades do cuidado humano para assistir, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manterem ou readquirirem seu bem-estar (ou saúde) em formas culturalmente significativas e benéficas ou para ajudar a pessoa a enfrentar a deficiência ou a morte (GEORGE, 2000, p.300).

Ao estudar sobre o cuidado, Leininger compreendeu que há procedimentos que são comuns em todas as culturas², já há outros que são próprios de cada povo, identificando assim a diversidade do cuidado. Desta forma, reconhecer as necessidades culturais do paciente e de pessoas significativas para ele, bem como adaptar-se a essas necessidades é um componente importante do cuidado de enfermagem.

Na compreensão de Leininger o substantivo cuidado é definido como,

Fenômeno abstrato e concreto relacionado com a assistência, o apoio ou a capacitação de experiências ou de comportamentos para outros ou por outros com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar uma condição humana ou forma de vida (GEORGE, 2000, p.299).

Desta forma, é possível assegurar que o cuidado é central para a enfermagem como disciplina e profissão. Destarte, Denardin (1999, p.173) aponta que “o cuidado humano pode ter significados distintos e característicos em cada cultura”, daí a necessidade de respeito às crenças, valores e práticas das pessoas, isto sem conflito entre profissionais e clientes.

² Segundo Leininger, a cultura é definida como “os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada” (GEORGE, 2000, p.298).

Ao estudar o cuidado numa perspectiva cultural, Leininger investigou como os fatores da estrutura social (parentesco, política, religião, leis, tecnologia e outros valores culturais específicos) influenciaram as práticas de cuidado nas sociedades humanas. Assim, ressaltou a necessidade de um olhar antropológico na enfermagem para que esta pudesse assimilar as atitudes de cuidado através das diferentes culturas (DENARDIN, 1999).

Em seus escritos, Leininger orienta para a enfermagem desenvolver o cuidado culturalmente competente, que consiste em examinar as próprias crenças e como elas podem entrar em conflito com as crenças dos pacientes. Diante deste passo inicial, o cuidado com outro exige dos enfermeiros um conhecimento cultural, sensível e embasado no efeito que a cultura tem sobre o processo dinâmico do cuidado (SMELTZER; BARE, 2005).

Leininger percebeu que os enfermeiros têm usado o cuidado como modalidade de pensamento, de ação e de linguagem por quase meio século; no entanto, o uso da palavra cuidado tem sido feito de forma ambígua, com significado limitado, constituindo-se em um construto a ser descoberto através de investigações científicas, principalmente numa perspectiva humanista, reconhecendo as influências que as forças sociais e culturais exercem sobre ele (LEOPARDI, 2006).

Ao discutir sobre a Antropologia do cuidar, Torralba Roselló (2009) aponta as quatro razões elencadas por Leininger para estudar o cuidado: o cuidado parece crítico para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos durante milhões de anos; há distinção entre os papéis de cuidador e ser cuidado nas diferentes culturas e há necessidade de compreendê-las; preservar e manter os cuidados se mostra essencial para a manutenção dos seres humanos e das culturas através do tempo e, por fim, a profissão de Enfermagem não tem estudado de forma sistemática o cuidado e sua relação com os cuidados de enfermagem.

Em uma antropologia destinada propriamente a profissionais de enfermagem, faz-se mister a reflexão das bases antropológicas do cuidado humano, porque a atitude de cuidado não é um exercício estritamente intuitivo, mas inclui uma técnica e, certamente, uma base antropológica, ética e estética (TORRALBA ROSELLÓ, 2009).

Neste sentido, Torralba Roselló (2009) aponta que sobre o cuidado incidem distintos fatores que dependem tanto da mentalidade quanto da atitude do cuidador, bem como outros fatores transcendem a esfera de atuação individual, chegando a incidir em outros níveis como, o institucional, o social e o político. Apesar disso, uma base antropológica permite compreender que o cuidado se constitui em uma atitude humana e, como tal, necessita de determinadas condições, com abordagens éticas insubstituíveis.

Seguindo esse fio condutor, há que se buscar a compreensão das condições básicas para se desenvolver o cuidado, partindo da realidade fática, dos modos como o ser humano cuida de seus semelhantes em circunstâncias de vulnerabilidade, compreendendo que se trata de uma tarefa interdisciplinar que requer a coordenação e o entendimento entre os profissionais que cuidam.

No aspecto da concepção antropológica do cuidado, a enfermeira passa a buscar no cuidado uma relação que não é de domínio, mas de convivência. Há a intervenção, mas há também a interação com a pessoa que recebe o cuidado. Com isso, a abrangência do cuidado se aproxima do modo de viver próprio das pessoas, possibilitando um cuidado coerente com a cultura do sujeito.

3 FENOMENOLOGIA: BASES TEÓRICO FILOSÓFICAS E CONCEITUAIS

A escolha da fenomenologia como método de investigação da experiência vivida por enfermeiras e a compreensão do fenômeno: o sentido do cuidado de enfermagem à pessoa com transtorno mental nos Centros de Atenção Psicossocial decorre da adequação do método fenomenológico em captar através do discurso, da fala dos enfermeiros, o significado desse cuidado a partir da prática cotidiana, do vivido dessas profissionais.

Considerando a escassa literatura sobre o tema, a construção da prática cotidiana de cuidado em dispositivos comunitários de saúde mental e a necessidade de superação de um paradigma, o da institucionalização da pessoa com transtorno mental, a experiência de cuidado vivida pelas enfermeiras dos CAPS se constitui a melhor fonte para o estudo desse fenômeno.

A fenomenologia surgiu no início do século XX com Edmund Husserl (1859 – 1938) e sua obra *Investigações lógicas* publicada em 1901. Opondo-se ao positivismo e seu conhecimento objetivo, a fenomenologia utiliza-se de algumas exigências deste para posicionar-se de forma estratégica ao defender a descrição do fenômeno tal qual ele é, ascendendo ao concreto e à vida que a ciência vinha esquecendo, obedecendo às exigências do positivismo reinante, que exclui todo conhecimento que não venha da experiência (DARTIGUES, 2003).

Para Husserl, fenômeno significa aquilo que é imediatamente dado à consciência. É a busca de uma aproximação em relação às coisas mesmas e não aos seus aspectos acessórios. A fenomenologia se propõe a buscar as essências, captadas pela visão imediata ou intuição e que se encontram presentes nos conteúdos expressos pelos gestos e pelas falas da experiência vivida.

A fenomenologia husserliana defendia que as vivências residem na consciência e esta consciência é sempre “consciência de alguma coisa, ou seja, cada ato de consciência está direcionado de algum modo a um objeto de algum tipo” contrapondo-se ao ideal positivista que ensinava que o ser está consciente de si ou de suas próprias idéias (SOKOLOWSKI, 2004, p.42).

Assim, a fenomenologia surgiu tendo como função a vigilância crítica, garantindo a objetivação do objeto científico e das suas problematizações; como processo discursivo que pretendia a “volta às próprias coisas”, à essência. A acepção que Husserl deu ao termo essência caracteriza o que se encontra no ser próprio do indivíduo.

Foi nessa proposição de Husserl que a fenomenologia foi absorvida pelos cientistas durante o início do século XX, período marcado pela Revolução Industrial, quando sua contribuição se fez sentir na renovação dos métodos e na abordagem e orientação dos problemas objetivados pelas ciências sociais e humanas.

Etimologicamente, fenomenologia é uma palavra de origem grega que tem dois componentes: “fenômeno” e “logos”. O termo fenômeno significa “o que se revela, o que se mostra em si mesmo”, permitindo, assim, a compreensão do ente. Enquanto o termo logos pode ser interpretado por razão, fundamento, discurso, ele “faz e deixa ver aquilo sobre o que se discorre e o faz para quem fala e para todos aqueles que falam uns com os outros” (HEIDEGGER, 2008, p. 72).

Partindo desse esclarecimento inicial advém a definição de fenomenologia enquanto “a ciência do fenômeno”: aquela capaz de “deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo”, o que significa dizer que a fenomenologia permite a apreensão dos objetos “de tal maneira que se deve tratar de tudo que está em discussão, numa demonstração e procedimentos diretos” (HEIDEGGER, 2008, p. 74).

A fenomenologia é entendida como uma maneira de pensar sobre as experiências de vida das pessoas; no ponto de vista heideggeriano, a compreensão e a interpretação da experiência humana é tão importante quanto à descrição do fenômeno. A percepção de um fenômeno particular é resultante dos significados das experiências vividas, daí, a meta da pesquisa fenomenológica é descrever a experiência totalmente vivida e as percepções que ela faz surgir (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Nunes (2004, p. 11) interpreta a fenomenologia como a “ciência da consciência” que vai permitir ver o fenômeno entendido por “aquilo que se mostra por si mesmo uma vez liberado de seus encobrimentos”, tendo a

consciência como o ponto de abertura, a direção para a compreensão, liberando os encobrimentos desta.

Ao apresentar um breve enfoque sobre as idéias básicas da fenomenologia Triviños (2007) a concebe como “o estudo das essências”, o ensaio de uma descrição direta da experiência tal como ela é, sem nenhuma consideração com sua gênese psicológica e com as explicações causais que o pesquisador possa fornecer dela. Considera o vivido a partir da visão pessoal de cada ser, as vivências são os primeiros dados absolutos e imanentes, assim, mostra-se ultrapassando o plano empírico, emergindo do próprio conhecimento.

Entendendo a fenomenologia como “o estudo da experiência humana e dos modos como as coisas se apresentam elas mesmas para nós em e por meio dessa experiência”, Sokolowski (2004, p.10) defende que a fenomenologia surge contrapondo-se às idéias levantadas pelo pensamento moderno, oferecendo pensamento filosófico em um período histórico que tal pensar estava largamente ignorado, influenciando diferentes movimentos filosóficos e culturais como: hermenêutica, estruturalismo, desconstrutivismo.

Dando enfoque ao método fenomenológico de pesquisa, Moreira (2004, p. 60) defende que “sempre que se queira dar destaque à experiência de vida das pessoas, o método de pesquisa fenomenológico pode ser adequado” já que o mesmo se caracteriza por um retorno à experiência vivida, buscando seu sentido, não aceitando os encobrimentos vindos com as coisas já construídas.

Destarte, a fenomenologia constitui-se em um método compreensivo, desvelador, pois percorre um caminho que se estende do instituído (a realidade concreta) ao instituinte (a essência da vida cotidiana), explicitando o que o torna possível, mostrando, desta forma, a possibilidade do sujeito.

Autores como Martins e Bicudo (2006) referem-se à fenomenologia como um método de pesquisa que tem uma forma radical de pensar. Considerada, assim, por sua necessidade de contextualização, ao partir da experiência vivida, desafiando os conceitos já estabelecidos e buscando novas formas de compreensão do fenômeno, partindo do empírico e através da atitude fenomenológica estabelece novas perspectivas para a compreensão existencial do fenômeno.

Em sua exposição sobre a fenomenologia, Triniños (2007) dá ênfase ao "significado" que as pessoas dão às coisas e à vida. Os significados são obtidos através das descrições dos depoimentos e, para tanto, deverá ser utilizada a entrevista na modalidade fenomenológica como instrumento de obtenção dos mesmos. A entrevista, nesta abordagem, é considerada como um "encontro", com características singulares como a empatia e a intersubjetividade, onde é possível um sujeito colocar-se no lugar do outro.

3.1 A fenomenologia de Martin Heidegger

Discípulo de Husserl, Martin Heidegger investigou a questão do ser, afastou-se da consciência de seu preceptor e utilizou o método fenomenológico husserliano como ponto de partida para sua reflexão sobre aquele ser que se dá a conhecer imediatamente, o próprio homem. O caminho que conduz ao ser passa pelo homem, na medida em que este está sozinho para interrogar-se a si mesmo e refletir sobre seu próprio ser (SANTOS, 2008).

A questão do ser se constitui na reconquista de um novo começo do pensamento em torno do sentido do ser que não se coloca senão ao ente privilegiado que é capaz de questionar o ser, que possui uma compreensão do ser. Este ente é o homem que em virtude de seu próprio ser, tem a possibilidade de colocar questões (NUNES, 2004).

Em 1927, Heidegger publicou "Ser e Tempo", considerada sua mais importante obra, que marcou a história da filosofia contemporânea, por sua originalidade e profundidade reflexivas no resgate em que buscou o sentido do ser em uma fundamentação ontológica a partir da filosofia grega e utilizou o método fenomenológico para o desenvolvimento do seu pensamento sobre este tema (SANTOS, 2008).

Ao buscar a essência, voltando às coisas mesmas, Heidegger vê a "possibilidade de assumir o homem concreto", no cotidiano, buscando, no conhecimento revelado a partir da vivência, a compreensão do fenômeno a ser desvelado (STEIN, 2002, p.33). Movido pela pergunta originária acerca do ser na multiplicidade de suas manifestações, este filósofo compreende

que a essência do homem reside em sua existência e somente através dela é possível se dirigir ao ser com a finalidade de desvelar o fenômeno.

O pensamento de Heidegger traz a ex-sistência, que significa “está fora de, está numa postura externa a”, como característica da compreensão do ser, apoiando-se em suas possibilidades e postulando um mundo próprio para cada ser como o que a essência do homem o determina (LOPES, 1999, p.46). Desta forma, ex-sistência designa o caráter único do ser humano de ser uma abertura para o mundo e que só se expressa como ex-sistência a partir desta abertura – no sentido de estar livre para perceber o que se mostra livre de conceitos e ou predefinições.

A analítica existencial heideggeriana desenvolveu o conceito de *ser-no-mundo* como unidade indissolúvel, através do qual concebeu a existência humana e buscou o sentido do ser, seu significado existencial, ao se encontrar *lançado-no-mundo-com-os-outros* e as coisas, entregue a sua responsabilidade, desde o início reprimido, a facticidade.

Ser, para Heidegger (2008, p.42), é a “maneira como algo se torna manifesto, compreendido e conhecido para o ser humano”, designado por ele de *Dasein* ou *ser-aí* ou *ser-no-mundo*, com características peculiares que o permite “manifestar-se, desvelar-se, que são denominadas de ontológicas ou existenciálias”. Assim, *Dasein* é o ente que compreende o ser, tendo a possibilidade de colocar questões, entendendo sua existência como possibilidade de ser ou de não ser si mesmo, desta forma, o *Dasein* é um ente que põe em jogo seu próprio ser.

O mundo, no entendimento de Heidegger, pode ser entendido como o conjunto de condições geográficas, históricas, sociais e econômicas em que cada pessoa está imersa. O mundo tem o sentido de familiarizado com, de dar sentido ao que nos rodeia e surge porque há o *ser-aí*. Assim, o mundo do *ser-aí* cotidiano é o que geralmente percebemos como o ambiente costumeiro no qual nos relacionamos, nos ocupamos, nos preocupamos (STEIN, 2002).

Embora seja vivenciado em sua totalidade, o mundo apresenta-se ao homem sob três aspectos simultâneos e diferentes: o circundante, o humano e o próprio. O mundo circundante relaciona-se ao ambiente que se encontra concretamente presente nas situações vividas pela pessoa e na sua relação com as condições externas como seu corpo, as plantas, os animais, o clima,

dentre outros. Já o mundo humano é representado pelo encontro e convivência da pessoa com os seus semelhantes. O mundo próprio caracteriza-se pela significação que as experiências têm para a pessoa e pelo conhecimento de si e do mundo a partir do pensamento e suas funções mentais: raciocínio, imaginação, intuição e linguagem (FORGHIERI, 2004).

Em sua meditação, Heidegger expõe que tudo o que o homem apreende, percebe, conhece de imediato, é ôntico ou existenciário. Se as características ontológicas desvelam o *ser-no-mundo*, em sua concretude, os aspectos ônticos dizem respeito ao ente (tudo que se pode compreender, com quem pode relacionar-se de qualquer forma) considerado “o que nós mesmos somos” (HEIDEGGER, 2008, p. 42). Já a preocupação com o que se ocupa o ser do ente conduz a ontologia fundamental de Heidegger. Assim, o que funda a entidade é ontológico.

O *ser-no-mundo* do homem ligado à ocupação se expressa pelo cuidado das coisas; já o *ser-no-mundo-com-os-outros* se manifesta pelo cuidado com os outros que constitui a estrutura fundamental de toda possível relação entre humanos. E o cuidado dos outros pode assumir duas vertentes: na primeira, pode retirar o outro de seu cuidado, o que Heidegger chama de *estar-junto-a*, e na segunda, procura-se ajudar o outro a conquistar a liberdade de assumir seu cuidado, que para o filósofo é a *coexistência*, é *ser-com*.

Heidegger considera a presença enquanto ser que ex-siste e se expressa pelo ocupar-se das coisas necessárias aos seus projetos e preocupar-se com os outros. Diante desta argumentação, esclarece que os “modos de ocupação são também os modos deficientes” bem como, o fato de “numa primeira aproximação e na maior parte das vezes a presença manter-se nos modos deficientes de preocupação” (HEIDEGGER, 2008, p.103/178).

Assim, o *ser-no-mundo* convive com os outros que são *coexistências* e nessa com-vivência ele não é só cuidado (*Sorge*), mas também preocupação (*Fürsorge*). Nesse entendimento, o *ser-aí* constitui o mundo e a co-constituição do mundo liga os diversos *ser-aí* entre si (STEIN, 2002). Preocupado em agir e fazer, ocupado com ações e obras o *ser-no-mundo* também cuida de outrem e do cuidado com o outro passa ao *ser-com*, no cuidado o ser do *Dasein* se descobre.

O principal tema desenvolvido por Heidegger diz respeito à possibilidade do ser transcender-se, do homem relacionar-se com o ser, sendo capaz de atribuir-lhe um sentido. Para o filósofo, o homem está em relação direta com o mundo, em que ele produz e para o qual ele se projeta; o homem é *ser-no-mundo* e faz do mundo o projeto de ações e comportamentos possíveis do ser (REALE; ANTISERI, 2006). Na transcendência, o *ser-no-mundo* vem primeiramente ao encontro daquele ente que ele é, ou seja, dele com ele mesmo.

Nesse entendimento, o ser humano não é um ser acabado e sempre estará diante de muitas possibilidades que se articulam através do discurso em um conjunto significativo sobre os quais se projeta. O discurso, entendido como o meio pelo qual o *ser-aí* articula sua compreensão de *ser-no-mundo*, também é uma abertura originária e indica a projeção e interpretação a nós mesmos, aos outros e ao mundo. Neste sentido, *ser-no-mundo* constitui a estrutura da subjetividade, assinalando sua transcendência.

A filosofia desenvolvida por Heidegger é marcada por constante interrogação na qual o filósofo procura levar à luz da compreensão o objeto dessa interrogação: a questão do ser, fazendo uma análise crítica do mundo contemporâneo, do tecnicismo e do próprio ser.

3.2 A concepção do cuidado em Heidegger

A compreensão do cuidado humano constitui os fundamentos filosóficos de Martin Heidegger (1889-1976), um dos filósofos que mais radicalmente propôs uma ontologia - compreender o sentido da existência humana, baseada estritamente nos limites estabelecidos pela capacidade auto-reflexiva humana.

Ao analisar o cuidado humano, Heidegger defende que “a cura se acha, do ponto de vista existencial - a priori, antes de toda atitude e situação da presença, o que sempre significa dizer que ela se acha em toda atitude e situação fática”. Prossegue afirmando que o cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano e é o *modo-de-ser* essencial do humano (HEIDEGGER, 2008, p.260-261). Assim, o cuidado está no ser humano,

sempre que fizer algo, vem acompanhado e imbuído de cuidado, já que a volição o fundamenta.

A palavra existência é usada por Heidegger para designar o caráter único do ser humano de ser uma abertura para o mundo. Não sendo, de forma alguma, algo possível de objetivação. A existência é a abertura que fornece as estruturas de interpretação mais radicais de que dispõe o ser humano, pela qual é possível interpretar o mundo, a história e a si mesmo (JOSGRILBERG, 2004).

O cuidado não se restringe a atividades práticas, sendo também ocupação e preocupação que se baseia na tolerância e consideração (HEIDEGGER, 2008). Estes fundamentos aparecem com frequência nos trabalhos acadêmicos da enfermagem, sendo utilizados na compreensão do sujeito e nas relações que estabelece com os outros, nas mais diversas áreas de atuação.

Em Heidegger é possível perceber a preocupação em demonstrar que a existência humana é temporária e que nesse percurso do existir do ser humano (chamado de *ser-aí*, *Dasein*) precisa criar sentidos próprios para alcançar uma existência autêntica. Para tanto, passa primeiro pela compreensão de que o cuidado é um modo de ser, é, na realidade, o seu fundante.

A idéia de cuidado é a que permite compreender o sentido da existência humana já que o cuidado é uma forma de ser, nesta visão, que é a de Heidegger, o cuidado é antes de tudo solícitude. O ser sem cuidado não existe. Assim, quando se cuida de alguém, se está ocupado, sendo que, anteriormente, já se deve estar preocupado. Este cuidado com preocupação caracteriza a solícitude, discernindo-o da ocupação fútil e aproximando-o da preocupação essencial.

Dessa forma, o cuidado tem possibilidades distintas de autenticidade, pois ao cuidar o ente pode retirar o cuidado do outro e tomar-lhe o lugar nas ocupações, substituindo-os ou pode devolver o cuidado ao ser-cuidado como uma possibilidade existenciária de ser, não lhe retirando o cuidado (HEIDEGGER, 2008).

Pode-se dizer que uma das metas centrais apontadas em *Ser e Tempo*, principal obra de Martin Heidegger e aceita como uma das quatro

maiores em toda a história da humanidade, é a construção filosófica ontológico-existencial do ser e, para isso, Heidegger adotou esse ponto de partida ao vê-lo no cuidado a base de sustentação para revelar este ser como dotado de possibilidade.

Em *Ser e Tempo*, o filósofo apresenta uma análise pré-ontológica do ente que ele coloca como sendo nós mesmos e que recebeu o nome de "homem", fundamentado na fábula de Higino sobre a cura. Nesta fábula, a cura tomou um pedaço de terra argilosa e começou a dar-lhe forma. Enquanto refletia sobre sua criação pediu a Júpiter que lhe desse espírito. Cura resolve dar seu nome à forma que criara, mas Júpiter requisita que seja o seu. Enquanto discutem, terra vem reivindicar que o nome seja o seu, já que fora dela a matéria originária da forma criada por Cura. Para mediar a disputa, surge Saturno, que emite a decisão de que como a criação fora de Cura a ela deve pertencer, o nome deve ser 'homo' pois foi feito de húmus (terra) e ao morrer, o corpo deve retornar à terra e o espírito a Júpiter (HEIDEGGER, 2008).

Através desta fábula, Heidegger mostra que nessa criação existe o "cuidado" e a "dedicação", de tal forma que todos os comportamentos e atitudes do homem são dotados de cura e guiados por uma dedicação. O filósofo fornece a concepção de que a presença humana é composta de corpo e espírito e de que pertence à cura e por ela será mantido e dominado, enquanto "for e estiver no mundo". Ele afirma que o *ser-no-mundo* tem a cunhagem da cura (HEIDEGGER, 2008).

Assim, *ser-no-mundo* assinala a transcendência do *ser-aí*, e como tal constitui a estrutura da subjetividade. Não há sujeito sem mundo. *Ser-no-mundo* não expressa uma determinação geográfica, pode estar incluído, mas significa uma forma de ex-sistir, de estar presente e relacionar-se com todas as coisas do mundo.

Entretanto, Heidegger (2008) também coloca que esse *ser-aí* não apenas está e é no mundo, mas nele se relaciona de uma forma chamada por ele de 'modo de ser predominante', no qual se torna absorvido. Nesse mundo, o cuidado pode ser entendido como uma forma autêntica ou inautêntica de existir.

A noção de cuidado autêntico, entendido como o exercício do poder do ser, que necessita de cuidado, para cuidar de si mesmo, constituindo-se numa forma em que o cuidador possibilita ao ser cuidado conhecer e utilizar suas próprias capacidades, sem criar dependência. Já o cuidado inautêntico constitui-se em uma forma da existência humana com dependência, sem visualizar-se como ser de possibilidade.

Assim, o cuidado diz respeito a uma atitude, a um modo prático de *ser-no-mundo* adotado pelo ser humano em relação à sua ação e ao fenômeno da vida. Por isso, não comporta uma atitude parcial da ação humana, mas sim um modo de existir que exige do *ser-aí* uma autocompreensão de sua ação como um acontecimento que abrange a vida humana em sua totalidade, superando resistências com paciência e perseverança, declinando da dominação e primando pelo acompanhamento afetivo, ao lado e junto com o outro (solicitude).

Nesse encontro cotidiano e vivencial (pois cada um traz consigo sua vivência), o *ser-com* não se ocupa, mas dele se preocupa. Como a essência do ser é o cuidado, nessa relação de *ser-no-mundo-com-os-outros*, o preocupar-se, é um modo de cuidado no qual abre o ser dos entes em sua possibilidade a se tornar transparente para si mesmo e livre para a cura (GARCIA; JORGE, 2006).

A enfermagem, no desempenho do cuidado no mundo da ocupação, encontra instrumentos com sua funcionalidade e encontra o outro a ser cuidado. Nessa relação de *ser-com*, tem a possibilidade para o *poder-ser*, e realizar um cuidado autêntico, singular ou *estar-junto-a* e desenvolver o cuidado inautêntico.

Cabe esclarecer que Heidegger (2008) deriva o termo cuidado do latim *cura*, que em sua forma mais antiga se escrevia *coera*, e era usada num contexto de relações de amor e amizade, esta palavra é um sinônimo erudito de cuidado usado na tradução de *Ser e Tempo* de Martin Heidegger (BOFF, 1999).

Dessa forma, se subtrai do outro seu cuidado, entendido por Heidegger como *estar-junto-a*, tem-se então o cuidado inautêntico. Porém, se existe a procura por ajudar o outro a conquistar sua liberdade e assumir seus

próprios cuidados, entendido na meditação heideggeriana como *ser-com* e *coexistência*, tem-se então o cuidado autêntico.

4 TRAJETÓRIA DO ESTUDO

Este estudo buscou desvelar o sentido do cuidado à pessoa com transtorno mental para as enfermeiras dos CAPS, à luz do referencial fenomenológico de Martin Heidegger. Tem uma abordagem qualitativa, fenomenológica, considerando que este processo de cuidado é subjetivo e se relaciona tanto com a formação quanto com a singularidade de cada profissional.

Dessa forma, Minayo (2007) esclarece que a pesquisa qualitativa parte da realidade social, já que o ser humano se distingue por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes, respondendo a questões particulares no mundo das relações, das representações e da intencionalidade.

Para Turato (2003), a fenomenologia tem sido a principal base filosófica das metodologias qualitativas atuais; inclusive para os métodos empregados na área da saúde e da clínica já que a fenomenologia é o método de escolha para se compreender, dar sentido e deduzir o significado de um fenômeno, buscando o que faz sentido para o sujeito, apreendendo o que se apresenta como relevante no contexto em que o fenômeno ocorre.

Assim, na pesquisa fenomenológica, o pesquisador identifica a *essência* das experiências humanas, relativas a um fenômeno, como descrito pelos participantes do estudo. Compreender as experiências vividas identifica a fenomenologia como uma filosofia e como um método, procedendo ao estudo com um pequeno número de sujeitos, e através de um envolvimento extenso e prolongado, desenvolve padrões e relações de significado (MOUSTAKAS, 1994).

Este estudo teve como cenário os Centros de Atenção Psicossocial II do município de Teresina/PI. Estes CAPS atendem pessoas em condições distintas: transtorno mental decorrente do uso de álcool e outras drogas (CAPS ad localizado no bairro Nossa Senhora das Graças – Zona Sul), transtorno mental iniciado na infância e/ou adolescência (CAPSi situado no bairro Primavera – Zona Norte) e transtorno mental severo e persistente que necessite de acompanhamento continuado na idade adulta (CAPS Norte

localizado no bairro Pirajá – Zona Norte e CAPS Leste situado no bairro Ininga - Zona Leste); todos na zona urbana do município.

Os CAPS estão inseridos nos bairros da cidade, em casas que foram alugadas pela administração pública municipal especialmente para estruturar estes serviços comunitários de saúde mental com ambiente físico espaçoso e acolhedor, com área para atividades ao ar livre e amplos espaços de livre circulação, exceto o CAPSi que é administrativamente vinculado ao Estado e funciona em prédio próprio.

Os CAPS II estão inseridos na comunidade como dispositivo de cuidado às pessoas com transtornos mentais, servindo de referência para a comunidade e equipes da estratégia saúde da família (ESF) de sua área de abrangência (território), funcionam nos dias úteis, no horário de 8:00 às 18:00 horas e contam com uma equipe formada por diferentes categorias profissionais, que segundo a Portaria nº 336, deve contar com, no mínimo, um psiquiatra, uma enfermeira, um psicólogo, uma assistente social e um terapeuta ocupacional que devem elaborar e acompanhar de forma continuada o projeto terapêutico individual/singular das pessoas que freqüentam o serviço ou que são acompanhadas no domicílio em co-responsabilização com a ESF.

O serviço oferecido pelas equipes dos CAPS consiste em acolhimento, acompanhamento e co-responsabilização com a família, comunidade e os demais serviços de saúde. A opção por este cenário decorreu da minha inserção na equipe do CAPS Norte desde outubro de 2005, quando a partir da minha atuação profissional no cuidado a essas pessoas, busco atualizar conhecimentos como enfermeira acerca do cuidado em serviços comunitários de saúde mental.

O fato de está inserida em uma das equipes interdisciplinares de um dos CAPS favoreceu minha aproximação com as enfermeiras que trabalham nestes serviços substitutivos. Pois mesmo as que eu não conhecia de reuniões multidisciplinares dos serviços, sempre que eu participava de eventos comemorativos da área da saúde mental e ou de divulgação dos Centros de Atenção Psicossocial já vinha fazendo a divulgação do meu estudo e solicitando a colaboração das mesmas para ele. Quando recebi a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa para a coleta de dados, fiz

novos contatos, desta vez, por telefone, solicitando a disponibilidade das mesmas para me receberem e concederem a entrevista.

O estudo teve como sujeitos as enfermeiras que realizam atividades nestes Centros e que aceitaram participar da pesquisa. As mesmas foram informadas sobre o estudo mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), elaborado de acordo com a resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que trata dos procedimentos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos. Foi garantido às entrevistadas, anonimato, assegurando a privacidade, admitindo-se que as mesmas poderiam retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem penalidades ou prejuízos.

Vale ressaltar que todas as enfermeiras que foram convidadas a participar da pesquisa, concordaram. Quando se solicita às colegas de trabalho da mesma instituição para contribuírem com suas experiências de cuidado fica aquela indagação se o que se está falando está certo ou errado, neste sentido foi enfatizada a intenção do estudo de proporcionar essa reflexão, pois as enfermeiras dos CAPS de Teresina creio, não são diferentes das dos demais serviços comunitários de saúde mental, estão construindo essa prática no dia-a-dia, aprendendo com as pessoas presentes nestes serviços, sejam aquelas que estão sendo acompanhadas ou as que acompanham seus frequentadores.

Nos momentos que antecederam as entrevistas propriamente dita fiz uma exposição geral dos aspectos que motivavam este estudo, discutimos sobre as dúvidas que encontramos neste processo de construção e da forma como era organizada a atuação profissional de cada enfermeiro. Mesmo com estas considerações iniciais, reforçando o relato das experiências vividas, no momento das entrevistas algumas enfermeiras sentiram-se tímidas com a gravação das entrevistas, outras levaram algum tempo discorrendo sobre algumas situações que acompanhavam no serviço e que o cuidado a estas lhes preocupavam.

Mesmo assim, posso afirmar que nesse diálogo preliminar, as trocas de experiências contribuíram para diminuir as tensões quanto ao relato do vivido de cuidado às pessoas com transtorno mental e o sentido deste, esta estratégia de ambientação promoveu a aproximação aos sujeitos do estudo,

bem como pode fortalecer a empatia entre o ser pesquisador e o ser entrevistado.

O estudo obteve o consentimento da Coordenação do CAPSi (ANEXO B) que administrativamente é vinculado ao governo estadual, da Fundação Municipal de Saúde de Teresina (ANEXO C) e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) em 13/02/2009 sob o nº 0011.0.045.000-09 (ANEXO D).

A técnica utilizada para obtenção das falas e ou discursos das enfermeiras que tem a vivência e o vivido de cuidado a pessoas com transtornos mentais nos CAPS foi a entrevista, esta, segundo Minayo (2007), fornece dados secundários e primários referentes a idéias, crenças, opinião, sentimentos, enfim, aos aspectos subjetivos apresentados pelos sujeitos.

A entrevista fenomenológica é resultado de um encontro que permite relatos espontâneos e sinceros dos sujeitos sobre sua vivência e onde o pesquisador mostra-se aberto ao diálogo, ao acolhimento de idéias, opiniões e sentimentos. Assim, o pesquisador vai à realidade vivida e busca a descrição cuidadosa da estrutura básica da vivência e o sentido que o sujeito lhe atribui. Seguindo a máxima fenomenológica, que é “ir às coisas mesmas”, é preciso ir ao sujeito que vivencia a experiência e indagá-lo sobre qual o significado, o que faz sentido para ele, tendo como meta a compreensão do fenômeno investigado (BICUDO, 2000).

Para a produção dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado, que é aquela entrevista que combina perguntas abertas e fechadas de acordo com o tema proposto, funcionando como direcionamento para que o sujeito possa expressar de maneira livre suas opiniões, pensamentos e expectativas acerca do tema. A entrevista continha duas partes: a primeira contendo dados sócio-demográficos sobre o sujeito entrevistado, e a segunda com perguntas abertas que possibilitaram desvelar o sentido do cuidado à pessoa com transtorno mental para enfermeiras dos CAPS de Teresina (Apêndice A).

As entrevistas foram realizadas durante o mês de abril de 2009, quando as enfermeiras estavam no serviço, em local reservado, durante seu horário de trabalho, gravadas em MP3, conforme aceite das mesmas, com a finalidade de reproduzir, da forma mais fiel possível, as respostas dadas.

Utilizou-se como referencial para a análise dos discursos o método fenomenológico heideggeriano que segue momentos distintos e não obrigatoriamente sucessivos: descrição fenomenológica, *epoché* ou redução eidética, compreensão vaga e mediana do fenômeno e interpretação ou hermenêutica.

A descrição surge a partir do momento em que o pesquisador pergunta ao sujeito o que faz sentido para ele e este lhe responde descrevendo o percebido, possibilitando a exposição de sua vivência cotidiana, para através do discurso apreender o que se torna realidade, aquilo que faz sentido para o sujeito. Este sentido se manifesta através da descrição do fenômeno e o método fenomenológico heideggeriano busca o sentido que a descrição fornece ao fenômeno (MONTEIRO, 2005).

Este momento descritivo é, portanto, a descrição do vivido e o pesquisador deve evitar a análise reflexiva e a explicação, não envolvendo, nem mesmo, o que já foi deliberado pelo conhecimento sobre o fenômeno que ele quer conhecer. A descrição é efetuada por meio da linguagem e preocupa-se em mostrar, explicitar as estruturas em que a experiência se verifica, em deixar transparecer sua essência. Corroborando com este pensamento Martins e Bicudo (2006) afirmam que através da descrição o pesquisador vai à realidade vivida, à estrutura básica desta experiência.

A investigação fenomenológica é maior que a simples descrição, mas tem início nela e vai além. Não pode prescindir da leitura e re-leitura desta, buscando o sentido do todo, compreendendo-o e interpretando-o com critérios de rigor para que o descrito comece a fazer sentido de acordo com o questionamento formulado. Neste momento do método, a descrição é um “protocolo que se limita a descrever o visto, o sentido, a experiência como vivida pelo sujeito” (BICUDO, 2000, p.77).

Deste modo, para Heidegger (2008), o sentido metodológico da descrição fenomenológica é a interpretação e esta não admite julgamentos e avaliações, o que será alcançado com outro momento do método, a *epoché* ou redução eidética, esta consiste na suspensão de juízo de valor ante o fenômeno descrito (MONTEIRO, 2005). A redução eidética permite que o fenômeno possa ser visto como ele realmente é em sua essência vivenciada

pelo sujeito, sem os sentidos e pressupostos atribuídos ao mesmo pelo investigador.

A *epoché* deve ser assumida como uma modificação do olhar, abster-se por completo de pressupostos, no sentido de estar livre para perceber o que se mostra e não preso a conceitos ou definições, permitindo ao pesquisador uma descrição do dado em toda sua pureza e assim poder compreender sua essência.

Neste momento, o pesquisador opera o retorno descritivo antes do conhecimento científico que é representativo, abstrato e rompe com as certezas positivas do senso comum, ou seja, faz um movimento que consiste em perceber o objeto, “suspê-lo, colocar entre parênteses” suas concepções anteriores em relação ao fenômeno e tentar compreendê-lo em si mesmo, buscando sua essência: o fenômeno tal qual ele é.

Monteiro (2005) alerta para a necessidade de que pesquisador use sua inteligência para fazer as articulações com aquilo que a pesquisa se propõe a conhecer, pois o método heideggeriano não é dedutivo, nem indutivo e sim intuitivo, pois é a busca de significados que o pesquisador intui e detecta nos discursos que revelam as intenções expressas ou articuladas. A intuição é o ato de consciência pelo qual o fenômeno está presente na consciência (RIBEIRO Jr., 2004). Em outras palavras, é uma espécie de contemplação ou captação imediata dos elementos essenciais de um objeto e só atua no imediatamente dado.

A intuição da essência é, portanto, uma visão do sentido, que é atribuída ao fenômeno materialmente percebido e que permite identificá-lo. Significa obter um conhecimento imediato, uma visão direta do fenômeno (LEOPARDI *et al.*, 2001). A intuição pode ser entendida como um ato de conhecimento direto que põe o pesquisador face a face com a essência do fenômeno estudado.

Portanto, o olhar fenomenológico é, de início, intuitivo por alcançar a apreensão do fenômeno através de uma reflexão, por um processo criativo. Isto é, um processo compreensivo que eleva o sentido perceptivo do pesquisador, explicitando o fenômeno através de significados e volta sempre a ele como seu próprio fundante, possibilitando que o sentido da palavra se

revele. Deste modo, a intuição de essências é um ato que se dá análogo à percepção sensível e não à imaginação (ZILLES, 1998).

O significado das vivências, descritas pelas depoentes, emerge da descrição do vivido, representando sua maneira de compreensão do mundo e das relações com os outros e constitui-se na compreensão vaga e mediana do método fenomenológico de Heidegger. Essa compreensão se apresenta a partir daquilo que o estudo questiona e não é acabada, mas aberta a novas reflexões, num processo contínuo de busca e desvelamento (MONTEIRO, 2005).

A compreensão desenvolve-se através dos núcleos essenciais das falas e baseia-se naquilo que o sujeito pensa e fala, mas não é interpretação que só é alcançada na hermenêutica. A interpretação é o sentido metodológico da descrição fenomenológica. A hermenêutica, tem sentido originário, designa o ofício de interpretar, de elaborar condições que dêem possibilidade para toda investigação, elaborando “ontologicamente a historicidade como condição ôntica de possibilidade da história factual” (HEIDEGGER, 2008, p.78).

Deste modo, só depois de compreender é que o pesquisador fará a interpretação do fenômeno pesquisado. Entretanto, precisa saber que “interpretar não é tomar conhecimento do que se compreendeu, mas elaborar as possibilidades projetadas no compreender” (HEIDEGGER, 2008, p.209). A interpretação consiste em pôr a descoberto os sentidos menos aparentes, sendo possível o sentido tornar-se manifesto, ou melhor, interpretar o que se mostra, isso que se manifesta *aí*, mas que, no início e na maioria das vezes, não se deixa ver.

Neste estudo, o olhar atento foi dirigido para as enfermeiras que têm desenvolvido o cuidado à pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e são acompanhados nos centros de atenção psicossocial com o objetivo de desvelar o sentido do cuidado à pessoa com transtorno mental para as enfermeiras destes centros.

O sentido como afirma Heidegger (2008, p.212) sustenta a compreensibilidade de alguma coisa e assim pode articular-se pela interpretação que compreende. O autor ainda acrescenta que “sentido é a perspectiva na qual se estrutura o projeto pela posição prévia, visão prévia e

concepção prévia”. Assim, toda interpretação move-se na estrutura prévia já compreendida. Porém, obedece a um círculo, o ser-aí já possui uma pré-compreensão daquilo que vai interpretar.

Por conseguinte, toda perspectiva que se tem à vista já é em si mesma uma compreensão e interpretação. A compreensão, para este filósofo, opera no interior de um conjunto de relações, de certa maneira, já interpretada, ela atua dentro de um círculo hermenêutico (MASINI, 1994): parte-se de uma compreensão que orienta a atenção para aquilo que se vai investigar, segue-se uma interpretação do relato do vivido que pode ser retomado para novas interpretações e por fim gera uma nova compreensão.

5 ANÁLISE COMPREENSIVA DO SIGNIFICADO DO CUIDADO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL PARA ENFERMEIRAS DOS CAPS

5.1 As participantes do estudo

Para abordar o vivido das enfermeiras que desenvolvem o cuidado de enfermagem nos Centros de Atenção Psicossocial de Teresina – PI, apresenta-se inicialmente um pouco do que foi falado pelas entrevistadas a respeito de si mesmas: estado civil, faixa etária, tempo de formação, experiências anteriores à do CAPS no campo da saúde mental, vínculo empregatício com a instituição e outros cenários de atuação além do CAPS.

As enfermeiras participantes deste estudo optaram por identificar-se através de pseudônimos no momento da entrevista, estas informações na pesquisa fenomenológica caracterizam-se como o “quem” que responde a partir de um mesmo, do próprio, do “sujeito”.

Participaram como sujeitos seis enfermeiras, todas do sexo feminino, sendo cinco casadas e uma solteira, na faixa etária entre trinta e oito a quarenta e seis anos, com o curso de Enfermagem concluído há mais de doze e menos de dezoito anos.

Três das entrevistadas tinham experiência prévia com saúde mental (em hospital psiquiátrico) antes de trabalharem no CAPS e três estavam vivenciando sua primeira experiência de cuidado a pessoas com transtorno mental. As enfermeiras relataram que foram lançadas nestes serviços após lotação decorrente de concurso público; desta forma, elas têm vínculo trabalhista com a instituição, desenvolvendo o cuidado nestes dispositivos desde que foram criados há cerca de quatro anos, exceto uma das entrevistadas, que iniciou suas atividades há um ano e seis meses.

Além das atividades em saúde mental, todas elas também têm experiências em outras áreas de atuação, como a Saúde Pública (05), Serviços de Urgência em Hospital Geral (02), Unidade de Terapia Intensiva (02) e docência (01), assim, as enfermeiras entrevistadas trabalham em mais de uma área, além do CAPS.

Os relatos permitiram uma aproximação do modo das enfermeiras ocuparem-se do cuidado, o modo de ser-no-mundo-com-o-outro, já que ao

desenvolver o cuidado a alguém, vem ao encontro o ser que cuida, no mundo circundante mais próximo, os outros de quem ele cuida, assim como junto com o ser humano cuidado vem ao encontro seus familiares. Dessa forma, juntos compartilham as vivências de cuidado, e onticamente se posicionam em um mundo que elas vão significando e tomando como delas próprias.

Buscando analisar o significado do cuidado à pessoa com transtorno mental a partir do vivido das enfermeiras dos CAPS de Teresina – PI, procedeu-se a várias leituras das entrevistas e por diversas vezes escutando novamente as falas, extraiu-se dos depoimentos os significados referentes às estruturas essenciais do objeto pesquisado, agrupando-as em unidades de significação, deixando de lado as estruturas ocasionais.

Unidade de significação I - Para as enfermeiras, o cuidado à pessoa com transtorno mental atendida no CAPS significa escuta, expresso por: deixar que o outro fale livremente, procurar ouvir, conversa, e acolhimento.

[...] o enfermeiro, ele tem uma escuta mais terapêutica até, ele tem uma escuta que ele transcende a fala do paciente, a fala do familiar, isso é um cuidar específico da enfermagem [...] procurar ouvir. Deixar que a pessoa fale livremente e dali, daquela fala, procurar acalmar as tensões presentes naquelas situações que gerou conflito. (Lady Di)

A gente procura conversar com o paciente, conhecer mais um pouco da vida dele, de como é que ele vive com a família, o que é que ele constrói no dia a dia dele, para daí a gente procurar intervir, ajudando [...] para a gente ter aquele primeiro contato, aquela conversa de enfermagem, falando como está o exame dele, já se sente bem aliviado [...] (Samanta)

[...] aí faço também o acolhimento que você viu hoje. Acolhimento aos externos, eles vêm à procura de consultas, consultas com o psiquiatra, e a gente nesse acolhimento a gente orienta a família e fala sobre o CAPS [...] (Mônica)

[...] a gente escuta o paciente, procura ver qual a necessidade dele do momento [...] (Antônia)

[...] a gente já montou, uma certa vez, um cantinho, um cantinho da escuta, então a gente tem essa, toda essa atenção de ouvir o paciente [...] essa escuta ela é feita, pelo enfermeiro (Maravilhosa)

Ao falarem de seu cotidiano de cuidado à pessoa com transtorno mental as enfermeiras o descrevem como uma interação em ouvir esta pessoa e a partir de seu relato, de sua subjetividade, buscar formas que acalmem as situações conflituosas tanto para a pessoa que fala quanto para seu familiar; a escuta da pessoa cuidada é relatada como uma estratégia de deixar que outro fale, para oferecer ajuda ou falar como ele deve seguir no CAPS.

Na dimensão ôntica das falas, emerge o relato de práticas recentes no cuidado das enfermeiras à pessoa com transtorno mental, como deixar esta pessoa falar livremente sobre suas inquietações, sabendo que seu relato está sendo ouvido e o que está sendo dito traduz um caminho para direcionar o cuidado.

Ouvir é compreender a realidade das vivências a partir do significado que o outro emite e da interpretação dele sobre essas vivências. Nessa relação de fala e escuta, há o estabelecimento de vínculo entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, um cuidado solícito que se mostra em consonância com os pressupostos da reforma psiquiátrica.

Mas, o ato de ouvir não é suficiente para o cuidado. A necessidade para que se estabeleça o cuidado é a escuta atenciosa, compreensiva e sem julgamentos. Assim, o cuidado se reveste de liberdade para o outro, proporcionando a ele a possibilidade de conduzir os relatos de acordo com sua vontade. Contudo, o cuidado ao ser humano é um ato complexo, que exige de quem cuida conhecimento, empatia e sensibilidade.

O acolhimento referido no discurso da depoente Mônica é descrito como um momento de receber as pessoas externas ao serviço, que buscam consultas com o médico e, nesse momento, a enfermeira se coloca em um movimento de escutar a pessoa que busca o CAPS e acolhê-la; nesse acolhimento fala de orientação e informação sobre o Centro de Atenção Psicossocial, escuta os motivos pela procura do serviço, e ao identificar suas necessidades, busca ajudá-la a atendê-las. Esta abertura para o acolhimento e escuta aparece na fala desta enfermeira também como disposição para informar e não para arrefecer o sofrimento do sujeito atendido.

Esse termo acolhimento deve agrupar as interações relacionais entre os seres, onde há escuta, valorização do discurso do outro, identificação de

suas necessidades e respeito às diferenças, isso acontece quando a fala do sujeito encontra na do outro o estabelecimento de uma relação interpessoal, na qual existe vínculo, envolvimento, escuta que pode levar a construção/reconstrução mútua dos sujeitos envolvidos: ser que cuida e ser que é cuidado.

O acolhimento tem a função precípua de acolher, escutar e dar uma resposta capaz de atender às demandas do sujeito (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Assim, supõe o deslocamento do eixo central em um único profissional para uma equipe interdisciplinar comprometida em ajudá-lo nas suas necessidades, também acolhe todas as pessoas que buscam o serviço do CAPS (respeitando o princípio da universalidade do SUS) e qualifica a relação entre o profissional e o sujeito que busca o centro de saúde mental.

Unidade de significação II - Para as enfermeiras, o cuidado à pessoa com transtorno mental atendida no CAPS significa trabalho em equipe, comunicado por: busca da ajuda dos outros profissionais e familiares, encaminhamentos.

[...] a gente faz o atendimento individual, esse paciente fala de comportamentos que não chegam bem na competência do enfermeiro pra tá resolvendo, então normalmente é feito um encaminhamento para o psicólogo, para fazer a psicoterapia individual, ou, a psicoterapia de grupo, também é muito encaminhado o paciente para um setor de serviço social, onde pode tá resolvendo um problema de tá fazendo contato com a família, pra que a família venha, então quando essa família chega a gente faz em equipe, tá resolvendo situações. (Maravilhosa)

[...] o que ele está precisando no momento, o que a gente pode fazer, a gente recorre muito, é, busca muito a ajuda dos outros profissionais. (Antônia)

[...] é o trabalho em equipe, porque, o enfermeiro por si só, pode muita coisa, mas se com a equipe ele pode muito mais, então sempre tá buscando o conhecimento do outro da equipe [...] um cuidar que ultrapassa até o uso da medicação no local correto, é um cuidar que vê a questão dos relacionamentos dentro da própria família, vê a rede exata que aquela pessoa está inserida, então isso é bem específico do enfermeiro (Lady Di)

[...] E a gente tem uma equipe, temos dois psicólogos que dão apoio psicológico para os pacientes, é, aí o psicólogo tem as reuniões terapêuticas, as reuniões com os profissionais, e os

psicólogos falam como a gente lidar com esse sofrimento desse paciente. (Samanta)

[...] também faz os encaminhamentos para psiquiatra, psicólogo, artesã, facilitador de biodança, de acordo com o estado da criança, que ele mais, que a gente vê que ele está mais precisando no momento. (Mônica)

As enfermeiras falam que o cuidado realizado por elas nos CAPS acontece no bojo de um trabalho em equipe referindo-se à busca do conhecimento de outros profissionais; já que em algumas situações, faz-se necessário uma intervenção interdisciplinar; nestes casos, a equipe se reúne para, juntos e com diferentes saberes, realizarem um atendimento que contemple as demandas da pessoa/família assistida. Desse modo colocam os saberes como necessários, mas somente quando há exceção, “casos complexos”, para essa junção de saberes acontecer.

Nas situações apontadas pela depoente Maravilhosa a equipe busca encontrar na família um aliado no cuidado à pessoa com transtorno mental. Porém, para arregimentá-la, é preciso que se tenha algo a oferecer; o fato de chamar a família para discutir a situação de seu parente e não falarem de modos de cuidado, de estratégias para suavizar as tensões do cotidiano, com esse familiar como forma de incluí-lo, o distancia do serviço.

Uma possibilidade de inclusão da família neste cuidado e no CAPS é oferecer ajuda para junto com ela encontrar caminhos para resolver ou amenizar seus problemas e dificuldades, já que a pessoa com transtorno mental pode ser apontada como a causa do desequilíbrio familiar; negando a convivência possível, e a família fadigada pela responsabilidade do cuidado contínuo pode encontrar-se fragilizada. Diante de fatos semelhantes aos apontados, a abordagem interdisciplinar mostra-se necessária.

De acordo com a noção de cuidado em equipe, impõe-se como ponto de sustentação do acompanhamento nos serviços comunitários de saúde mental já que esta proposta pressupõe a discussão de cada situação, os pontos de vista de cada profissional, que juntos chegam ao consenso sobre o melhor cuidado.

A depoente Samanta relata a contribuição dos psicólogos, como também as demais enfermeiras ressaltam que os membros da equipe são

profissionais que somam no cuidado desenvolvido por elas junto às pessoas com transtorno mental no CAPS. Desta forma, os diferentes profissionais que cuidam nos centros de saúde mental contribuem com as enfermeiras para que elas encontrem estratégias para diminuir o sofrimento do outro, mas em nenhum momento, referem como cuidado em conjunto.

Neste sentido, Rocha (2005) aponta que a atuação do enfermeiro no CAPS, deve buscar o cuidado autêntico, aquele que proporciona o crescimento do ser cuidado, valorizando sua autonomia; para tanto, implica a tomada de novos posicionamentos, novos saberes, novos construtos. O trabalho em equipe é um desses novos caminhos.

A proposta de um trabalho interdisciplinar prima pela valorização e utilização de diferentes técnicas e pela integração de diferentes conhecimentos e práticas, não pretende abolir as especificidades dos vários profissionais, pois eles continuam a realizar ações que lhes são próprias, mas promover aquelas ações que são comuns.

Unidade de significação III - Para as enfermeiras, o cuidado à pessoa com transtorno mental atendida no CAPS significa fazer, expresso por: fazer grupos, visitas domiciliares, palestras, reuniões e filmes.

[...] nós fazemos grupos de acolhimento, nosso grupo é grupo de acolhimento [...] grupo informativo, assim, dengue, diabetes, hipertensão, assim, os voltados mais para a enfermagem. (Samanta)

[...] mas a gente está sempre procurando melhorar e sempre buscando estratégia de acordo com a necessidade: a busca ativa, as visitas domiciliares, os grupos [...] (Antônia)

[...] Além desses trabalhos {atendimento individual}, são realizadas atividades em grupo, como grupo de orientação medicamentosa [...] grupos relacionados à atividade da saúde, como a educação em saúde [...] (Maravilhosa)

[...] isso tudo é um desafio porque acaba sendo muito cansativo, muito estressante. O cuidar específico do enfermeiro ele envolve desde o cuidar das orientações e do incentivo e do estímulo pra o cuidado específico do paciente [...] (Lady Di)

[...] daí eu vou explicando cada passo da parte psiquiátrica e também as doenças oportunistas ocasionadas no organismo

da pessoa, então, eles mais esclarecidos, eles vão apontando o que está acontecendo com eles [...] mostrando para eles a transformação que vai ocorrendo no próprio comportamento, no próprio raciocínio, no organismo dele, então eu, através de reuniões, através de filmes, faço treinamentos com eles [...].
(Bezerra)

[...] a gente orienta a família e fala sobre o CAPS [...] atendimento de grupo, que são grupos operativos, palestras, palestras educativas com as crianças, com as famílias, [...] então a gente faz palestras com a, englobando todo mundo [...].
(Mônica)

Os depoimentos expressaram que o cuidado à pessoa com transtorno mental revela-se como um movimento contínuo de aproximação através de atividades em grupo destinadas ao paciente e família que enfocam desde temas relacionados às doenças orgânicas, que no entendimento da depoente Samanta está mais próximo dos conhecimentos da enfermeira, a outros como, doenças oportunistas, doenças mentais e esclarecimentos sobre o cuidado do paciente, bem como orientações sobre o CAPS.

Considerando que cada pessoa desenvolve uma visão de mundo, um modo próprio de perceber e pensar a partir das significações que lhe vem ao encontro em suas vivências, o que se mostra nas articulações verbais dos sujeitos do estudo é que no cotidiano do cuidado à pessoa com transtorno mental há um movimento das enfermeiras em melhorar a atenção a essa clientela de forma que se efetive o acompanhamento aos seres cuidados, seja através de atendimentos individuais, atividades grupais, visitas domiciliares ou busca ativa.

O atendimento individual está presente no dia-a-dia da enfermeira e proporciona o momento da consulta de enfermagem onde a ela desempenha seu papel terapêutico específico, a partir dos conhecimentos próprios de sua formação e orienta o cuidado de acordo com a relação estabelecida com o sujeito e de sua demanda para as atividades cotidianas.

As atividades em grupo são alternativas à forma tradicional de agendamento, conferindo um acesso mais dinâmico ao serviço. Assim, o novo modelo de atenção psicossocial oportuniza a troca de informações, sendo uma possibilidade de compartilhamento de experiências mútuas. No entanto, as atividades como descritas pelas enfermeiras, não contemplam a

construção e discussão do conhecimento e das experiências vividas pelas pessoas com transtorno mental e seus familiares, parece mais atividades em que uma pessoa 'a enfermeira' passa aos demais 'participantes dos grupos' informações diversas que elas consideram pertinentes.

As atividades realizadas em grupo, referido nas falas das enfermeiras, mostram-se mais como uma forma de inserção da pessoa com transtorno mental e sua família no CAPS e como uma estratégia utilizada pelo serviço para informar, explicar do que como processo terapêutico do usuário, capaz de fortalecer vínculos e instrumentalizá-los para o cuidado.

Tais experiências, se compartilhadas, unem os envolvidos, porque são comuns, provocando nos participantes uma identificação mútua e possibilitando abertura para outros temas de interesse mútuo serem discutidos. Com um ambiente favorável, os participantes dos grupos, profissionais e usuários, conseguiria se relacionar, trocando sentimentos, opiniões e até impressões uns dos outros.

Há uma distinção entre os grupos conduzidos pelas enfermeiras: o grupo de acolhimento, como já foi discutido na primeira unidade de significação, é distinto do grupo informativo ou seu sinônimo, palestra, pois este segundo se propõe a discutir entre os partícipes do grupo informações acerca de temas estabelecidos conforme a demanda do serviço, podendo enfatizar as doenças orgânicas, mentais ou oportunistas; como por exemplo, dengue, diabetes, hipertensão.

As enfermeiras consideraram que as atividades de educação em saúde são realizadas como atividades em grupo, podendo direcionar-se tanto aos sujeitos que freqüentam o CAPS como para seus familiares como forma de divulgar o dispositivo de atenção psicossocial, como também para promover a melhora da assistência prestada à pessoa com transtorno mental e sua família. Neste sentido, a inserção da família nas atividades em grupo realizadas no CAPS pode ser vista como tentativa de inclusão dos familiares das pessoas com transtorno mental nos Centros de Atenção Psicossocial.

A busca ativa, referida nas falas das enfermeiras consiste em um mecanismo de acompanhamento da atenção básica; especialmente da estratégia saúde da família, que tem sido adotada pelos profissionais dos serviços comunitários de saúde mental na tentativa de evitar o

distanciamento e/ou desistência da pessoa com transtorno mental e sua família, deste serviço e das relações sociais que o mesmo proporciona. A busca ativa tenta conhecer as razões pelas quais o usuário não comparece ao CAPS e como argumento de persuasão oferecem a ambos, usuário e família a possibilidade de escolha de um local distinto do hospital psiquiátrico para que eles frequentem, estabeleçam vínculos e co-responsabilizem-se pelo tratamento.

Outra estratégia, oriunda da atenção básica, presente nos discursos das enfermeiras, consiste na visita domiciliar. Esta busca entender a dinâmica familiar, conhecer as possibilidades de envolvimento da família no acompanhamento de seu parente que vive com transtorno mental e oferecer cuidado às pessoas que estão ausentes ou não aceitam frequentar o CAPS. A visita domiciliar permite acompanhar o usuário que, por qualquer motivo, se nega a comparecer ao CAPS, essa possibilidade estende o cuidado para um número maior de pessoas vivendo com transtorno mental com a chance de um acompanhamento de profissionais especializados, aumentando assim a quantidade de atividades que a enfermeira 'precisa' desempenhar.

Vale ressaltar que emerge dos discursos das enfermeiras o envolvimento em numerosas tarefas cotidianas, onde elas desenvolvem atividades individuais, como consulta de enfermagem e acolhimento; e em grupo, de família e de educação em saúde; cuida do outro e de sua família, no CAPS e no domicílio; faz orientações; palestras; busca ativa; dentre outras, mostrando-se envolvida em muitas atividades 'necessárias' ao próprio serviço, cansando-se e negando-se a destinar parte do seu tempo para momentos de reflexão.

Estando envolvidas em muitas atividades, as enfermeiras encontram nas tarefas repetitivas uma forma de preencherem seu tempo, no entanto não percebe a falta de tempo para avaliar tais tarefas, que se tornam um fim em si mesmas, quando poderia ser um meio para a construção do cuidado.

Unidade de significação IV - Para as enfermeiras, o cuidado à pessoa com transtorno mental atendida no CAPS significa atenção com a terapia medicamentosa, comunicado por: orientar e administrar medicação,

facilitar a tomada do medicamento, certificar-se do uso da medicação e realizar anotações.

[...] aí a gente facilita que ele tome o medicamento, anota no prontuário, então ele não fica sem a medicação do dia. (Samanta)

[...] então que estratégias, que locais eu posso tá buscando dentro da rede de serviços da prefeitura, ter essa medicação. (Lady Di)

[...] nós temos a questão da medicação, que é um problema grande, que a gente precisa estar sempre revendo essa questão, porque o paciente, na maioria das vezes, não toma a medicação correta [...] (Antônia)

[...] você tem que administrar uma medicação injetável, você tem que tá orientando a medicação é, de comprimidos e assim, nesse momento, você monta, vai fazer de acordo com o tempo[...] (Maravilhosa)

[...] injeção só quando é caso de urgência psiquiátrica. Medicação de urgência aqui é só haldol e fenergan injetável, simples, na hora. (Mônica)

Na descrição do cuidado à pessoa com transtorno mental as enfermeiras apontam como inerente ao dia-a-dia dessa prática a atenção para com o uso da medicação psicotrópica; tanto no sentido de garantir o acesso à medicação quando esta pessoa está no serviço e por qualquer motivo não fez uso do mesmo no domicílio, quanto garantir que o serviço tenha a medicação para ser disponibilizada conforme a prescrição médica.

O acesso à informações sobre manejo de medicamentos para a pessoa com transtorno mental e sua família se fortalece no momento contemporâneo à atual política de saúde mental brasileira apoiada no movimento de reforma psiquiátrica, que aparece ao mesmo tempo em que se dá a pessoa com transtorno mental a opção de escolher um cenário distinto do hospital psiquiátrico e com práticas também distintas, para seu tratamento e acompanhamento.

Esse posicionamento das enfermeiras em fazer orientações à família e à pessoa com transtorno mental sobre os efeitos das medicações em uso, bem como buscar nessa orientação argumentos para a adesão à terapia medicamentosa mostra que no cotidiano do cuidado no CAPS elas têm

atentado, prioritariamente, para a psicofarmacologia e o diagnóstico médico. Neste sentido, a depoente Antônia fala que a adesão à terapia medicamentosa constitui-se numa problemática a qual a enfermeira necessita está reforçando sua importância para o sujeito que frequenta o CAPS, bem como para sua família.

Este reforço aparece na orientação desde a forma como a medicação foi prescrita por outro profissional até seu caráter de uso contínuo e permanente; como forma de diminuir sintomas ou comportamentos desagradáveis, como também, argumentar com a pessoa cuidada sobre a necessidade da administração de medicações que foram prescritas por via parenteral.

Diante dos relatos, as depoentes se mostram identificando tanto ações de enfermagem muito semelhantes às desenvolvidas em outros serviços de saúde como ambulatórios, unidades básicas e outros, quanto à reprodução do discurso médico, também denominado de medicalização social, que se caracteriza pela disseminação no território de um determinado discurso, sobre o campo social, traduzindo os fenômenos sociais em conceitos de um determinado campo de saber (ZOLA,1972; TESSER, 2006).

Observa-se que nas falas das depoentes emerge um discurso sobre o significado do cuidado no CAPS semelhante àquele desenvolvido nos serviços ambulatoriais e da atenção básica. Este fato pode decorrer de uma aproximação necessária com os serviços da atenção primária, mas também, pode representar resquícios de um modelo centrado na consulta médica e na psicofarmacologia que se apresenta em desacordo ao acompanhamento psicossocial destes centros comunitários de saúde mental.

Entretanto, em sua dimensão ôntica, o cuidado preconizado pela reforma psiquiátrica não prescinde da terapia medicamentosa, inclusive a defende como recurso necessário no tratamento e no acompanhamento da pessoa com transtorno mental. Neste sentido, vale lembrar que a terapia medicamentosa, isoladamente, não tem grande impacto no cotidiano da pessoa com transtorno mental, quando comparado à sua complementação com outras alternativas de cuidado, como geração de renda, inclusão social,

promoção da autonomia, resgate da cidadania e fortalecimento do vínculo familiar e social.

Unidade de significação V - Para as enfermeiras, o cuidado à pessoa com transtorno mental atendida no CAPS significa sensibilidade para avaliação do outro, expresso por: observar e conhecer a vida dele, procurar como anda e ver as necessidades do momento.

[...] como também no sentido de avaliar o estado mental daquele paciente. O enfermeiro, por ser uma categoria diferente do psiquiatra, que não tem uma obrigatoriedade de atendimento individual; que não tem a obrigatoriedade de dar a resposta através de uma medicação específica, ele tem a sensibilidade de ver mais longe, ele tem a sensibilidade de avaliar em que aquela medicação está ajudando [...]. Ele tem toda essa capacidade, essa liberdade de é, fazer uma visita domiciliar e avaliar se realmente, como é que está sendo o cuidado daquela pessoa em seu domicílio. (Lady Di)

[...] conhecer mais um pouco da vida dele, de como é que ele vive com a família [...] como é que eles conseguem lidar com os problemas [...] e a gente procura como anda, tentar buscar nele, o motivo dele ter tantas recaídas, dele não conseguir ter uma boa adesão ao tratamento, e de alguma maneira a gente vai trabalhando o sofrimento psíquico dele. (Samanta)

[...] sempre que o paciente se encontra no serviço, a gente procura observar, ver quais são as queixas, como ele está na família e aí a gente desenvolve todo o nosso cuidado levando sempre em consideração, também o que ele relata [...] às vezes não quer vir ao CAPS ou está faltando, a gente precisa está buscando, procurando, vendo qual o motivo. (Antônia)

[...] a gente vê o que está mais precisando no momento [...] conversa com a família também, porque muitas vezes o problema está na família, porque ele já chega assim agitado, já chega revoltado [...] (Mônica)

Das falas das enfermeiras é possível apreender o cuidado à pessoa com transtorno mental como uma atitude sensível ao estarem atentas a tudo, buscando avaliar a pessoa a quem elas têm cuidado na sua vida como um todo e com isso se preocupando. Essa preocupação se mostra nos discursos relacionados à resposta a terapia medicamentosa, a busca em conhecer as relações familiares; seja através da fala da pessoa com transtorno mental, seja em uma visita domiciliar, como também a observação que quando ela

chega ao serviço se seu comportamento está diferente do habitual ou do dia anterior ou da ausência da pessoa no CAPS.

A sensibilidade das enfermeiras para observar as mudanças que a medicação psicotrópica traz para o comportamento do outro, como também suas mudanças de humor foi compreendida como a habilidade de estabelecer vínculos com a pessoa com transtorno mental e a partir deste vínculo perceber se a família tem problemas, se a medicação tem melhorado o comportamento, se sua participação no CAPS melhorou suas relações sociais e familiares.

Em suas falas, as enfermeiras também expressam não estarem restritas a consultórios, então elas transitam pelo CAPS e pelos domicílios das pessoas a quem tem cuidado através de visitas domiciliares. Nesse movimento, elas sentem falta daquelas pessoas que deveriam estar frequentando o serviço de acordo com o projeto terapêutico singular do sujeito no CAPS; ao notar a ausência, preocupam-se em trazer esta pessoa de volta ao serviço através da busca ativa, ou contatos com usuário e família para conhecer os motivos destas faltas.

Ao circular pelos espaços vivenciais dessas pessoas elas falam que observam, avaliam e se informam quanto ao uso da medicação e em que esta medicação está ajudando esta pessoa, no sentido de proporcionar autonomia no cuidado e não de fiscalização. Buscam conhecer a motivação para frequentar o CAPS e para aderir ao tratamento, como também observam de que forma podem melhorar as condições do ser cuidado. Assim, essa aproximação da enfermeira com a pessoa com transtorno mental permite que ela conheça o modo de ser deste sujeito, podendo levá-la a perceber mudanças que podem ser expressas pelo próprio sujeito, seus amigos, familiares ou identificados pela própria enfermeira que já o conhece.

Desta forma, as enfermeiras mostram em seus discursos que o acompanhamento realizado por elas no CAPS viabiliza a interação com o usuário, estabelecendo vínculos tanto no serviço comunitário de saúde mental quanto em seu ambiente familiar. Ao expressarem sensibilidade, as enfermeiras demonstram que estreitam laços com a família e contribuem para que ambos conquistem melhores condições para conviver com a pessoa com transtorno mental e proporcionem um melhor cuidado domiciliar.

A pessoa com transtorno mental convive no domicílio com seus familiares e nesta convivência pode experimentar falta de suporte social, de atividade ocupacional e dificuldades no relacionamento familiar diante de suas mudanças de humor e de comportamento. Considerando estas situações, as enfermeiras demonstram em suas falas oportunizar ao ser cuidado a exposição de suas relações sociais como estratégia de promover o cuidado a estas pessoas nas dificuldades ou limitações sociais e pessoais.

Assim, a visita domiciliar pode ser compreendida como a extensão do cuidado à pessoa que vive com o transtorno mental para além dos muros do CAPS, como oportunidade de conhecer suas relações sociais na comunidade, onde a vida acontece, buscando captar a subjetividade deste sujeito e reconhecer seu grau de autonomia.

As visitas domiciliares foram apontadas como direção para acompanhar a pessoa com transtorno mental e sua família fora dos muros do CAPS, mostrando este cenário que se estende para além da atenção individual; podendo acompanhar também a família e a comunidade nessa experiência singular de conviver com o outro e, dessa forma, buscar fortalecer a família para que esta colabore no cuidado de seu parente. Esta inclusão da família no acompanhamento do serviço nasceu com a reforma psiquiátrica e tem se sustentado como um caminho a seguir para a consolidação da mesma.

As expressões das enfermeiras nessa unidade mostram que conviver no dia-a-dia com as pessoas com transtornos mentais permite que elas percebam as ausências de alguns frequentadores do serviço e daí começa a buscá-los e indagar os motivos de não quererem estar no CAPS, esta convivência cotidiana também lhes possibilita observar comportamentos: se chegou mais agressivo, agitado ou triste e, ao identificar essas alterações, relatam conversar com o sujeito ou sua família sobre as mudanças.

Acompanhar pode ser entendido como andar junto, seguir na mesma direção; esta compreensão baseou-se nos relatos das enfermeiras que expressaram estar buscando conhecer o dia-a-dia desta pessoa; saber um pouco da convivência na família; indagando as dificuldades destas pessoas em lidar com problemas ou participar do tratamento.

A valorização da fala do ser cuidado sobre suas impressões das relações familiares e a observação sensível da enfermeira quanto às suas queixas, permite a promoção de experiências ímpares para ambos. Assim, permite o crescimento de ambos, do profissional que cuida e do ser que é cuidado.

6 ANÁLISE INTERPRETATIVA DO SENTIDO DO CUIDADO PARA ENFERMEIRAS DOS CAPS

Refletindo sobre o objeto de estudo - o sentido do cuidado à pessoa com transtorno mental para enfermeiras dos Centros de Atenção Psicossocial – o momento interpretativo representa desvelar o sentido que estava velado, tendo como referência a análise do fenômeno segundo o pensamento de Martin Heidegger.

O sentido deste cuidado se tornou acessível a partir do discurso das enfermeiras ao apresentarem “o modo de lidar no mundo e com o ente intramundado”. Esse modo de lidar no mundo é também “a de-monstração fenomenológica do ser dos entes que se encontram mais próximos e se faz pelo fio condutor do ser-no-mundo cotidiano” (HEIDEGGER, 2008, p. 114).

Quando as enfermeiras discursam sobre o perguntado, este foi articulado em significações da compreensibilidade e se constitui em momentos conforme apresentado em Heidegger (2008, p.225): “o referencial do discurso (Beredete), aquilo sobre o que se discorre como tal (Geredete), a comunicação e o anúncio”.

Assim, partindo das estruturas essenciais que se mostraram nas unidades de significação, o fio condutor para a interpretação aponta a escuta, o trabalho em equipe, o fazer, a atenção com a terapia medicamentosa e a sensibilidade para avaliação do outro como modos de cuidado.

Ao atribuir o sentido do cuidado como escuta, as enfermeiras mostraram uma abertura existencial enquanto *ser-com-os-outros*. Nesse modo de *ser-com-os-outros* a relação do ser humano é de cuidado que pode manifestar-se pela liberdade de deixar que o outro assuma seus próprios cuidados – é o *fazer-com*, ou pode manifestar-se pela privação dessa possibilidade ao retirar desse outro os seus cuidados – é o *fazer-por*.

Nesse modo de cuidado, desvela-se a interpretação de deixar que o outro fale livremente. Assim, a escuta aparece como a percepção de sons e tons, sem haver relatos de envolver-se, ou emocionar-se e ou inquietar-se com o que está sendo escutado.

Ao expressarem o cuidado como escuta em que o outro fala livremente sem, no entanto, aparecer envolvimento, inquietação com o que

está sendo dito, esta escuta não parece compreensão no modo como Heidegger a entende. Para o filósofo, a escuta só é compreensão quando se está envolvido com o que o outro fala. Deixar que o outro fale por falar, desabafar, aparece como uma intenção da enfermeira em mostrar disposição para ouvir e, não para compreender. Não apareceu, em algum momento, expressões das enfermeiras que mostrem aproximação com o que está sendo falado e escutado, de busca com o outro de alternativas para diminuir o sofrimento vivenciado, assim, não apareceu a escuta compreensiva.

A escuta, no modo da percepção acústica, testemunha que o *ser-no-mundo* se detém junto ao que está à mão dentro do mundo - a motocicleta, o carro, o vento e não junto às sensações. Este estar à mão são os instrumentos da ocupação cotidiana.

Na interpretação do discurso das enfermeiras, o ato de deixar que o outro fale livremente, aponta para a disposição de *estar-junto-a* como aos demais instrumentos da ocupação. Assim, o mundo aparece como um conjunto de coisas utilizáveis e o cuidado com o outro se mostra, nesse momento, sem compreensão, já que o homem só compreende uma coisa, quando sabe o que fazer com ela (*ser-para* do instrumento).

Na escuta sobre o que se fala, pode-se apreender o modo de falar. A dicção só é possível na compreensão prévia daquilo sobre o que se fala e já partilhado no *ser-com*. Assim, o mundo *com-partilhado* revela a *co-presença*, entendida como “o ser em direção ao qual os outros são liberados dentro do mundo” na disposição e compreender comuns (HEIDEGGER, 2008, p.176).

O sentido do cuidado à pessoa com transtorno mental para as enfermeiras dos CAPS mostrou-se também no modo de trabalho em equipe, compartilhado, relacionando-se com os demais profissionais da equipe, partilhando o cuidado com outras presenças, mas não o desenvolvendo em conjunto.

Em suas falas, as enfermeiras expressaram esse trabalho em equipe, como a busca da ajuda dos outros profissionais através de encaminhamentos dentro do próprio serviço. Nesse cuidado compartilhado é possível interpretar as enfermeiras *sendo-no-mundo-com-os-outros*, relacionando-se com as coisas (instrumentos), com os outros (as demais presenças) e consigo mesmas.

Na relação de cuidado envolvendo os outros, as enfermeiras não são seres insulares, os outros fazem parte delas, e, desta forma, permite o encontro com o outro em seu mundo “visto que a presença em si mesma é essencialmente, *ser-com*” (HEIDEGGER, 2008, p. 176). Essas presenças restringem-se aos demais profissionais da equipe do serviço, uma vez que elas não falam em compartilhar o cuidado com a pessoa com transtorno mental, nem com sua família, o que pode mostrá-los como instrumentos e não como presenças.

Nessa análise interpretativa, o outro é apontado como os profissionais da equipe de trabalho, sem incluir a família nem a pessoa com transtorno mental nesta equipe e estes não podem ser vistos como instrumentos, já que também são presenças. É neste mundo circundante dos CAPS que todas estas presenças precisam se encontrar para o cuidado poder ser compartilhado.

Quando as enfermeiras buscam a ajuda dos outros profissionais da equipe, estão indo ao encontro de outras presenças e se mostram como *ser-no-mundo*. Assim, o *ser-no-mundo* é *ser-com*, num mundo sempre compartilhado com os outros, orientando-se para o mundo e para os outros. Entretanto, o foco deste cuidado, a pessoa com transtorno mental e sua família também são *ser-com* e necessitam ser incluídos neste modo de cuidado que precisa se ampliar para além dos profissionais de saúde e abarcar todos os envolvidos.

Na interpretação deste modo de cuidado expresso por trabalho em equipe, aparece o mundo dos Centros de Atenção Psicossocial, solicitando do enfermeiro o cuidado compartilhado com as demais presenças, as outras categorias profissionais. Dessa forma, na busca por desenvolver o cuidado holístico à pessoa com transtorno mental, as enfermeiras *sendo-com* a equipe de saúde, estão centrando sua atenção na inter-relação com os demais profissionais do CAPS e não com os sujeitos de seu cuidado e seus familiares.

Outro sentido, desvelado foi o cuidado como ocupação, relacionado a fazer e à atenção com a terapia medicamentosa. O modo da presença se relacionar com os “entes cujo modo de ser é simplesmente dado” foi denominado por Heidegger (2008, p.174) de “ocupação” (*Besorgen*) e o modo

das relações com os entes dotados do seu modo de ser, de “preocupação” (*Fürsorge*).

Segundo o filósofo, o modo fundamental de lidar do *ser-no-mundo* cotidiano, junto ao qual os outros vêm ao encontro é compreendido como ocupação. Para sustentar tal afirmação ele argumenta que a própria compreensão do *ser-aí* na ocupação é possibilitada pelo fato de *ser- junto- a* ocupação que o outro se determina enquanto tal. Para tanto, “aqui o ente não é objeto de um conhecimento teórico do “mundo” e sim o que é usado, produzido”. Este ente, com o qual o *ser-no-mundo* se ocupa, considera-se um instrumento. (HEIDEGGER, 2008, p.115).

Heidegger (2008, p.116) esclarece que “rigorosamente um instrumento nunca é”. Desta forma, o instrumento só “é” dentro de uma circunstância. Com essa afirmação, este ente sempre é um “*ser-para*”, que tem seu ser reconhecido dentro de um sistema de relações no qual há sua referência a algo. Quando se dá uma significação a um instrumento, faz-se a partir de uma relação instaurada entre o *ser-aí* e tal ente. Tal relação é permitida pela presença que sempre está lançada numa ocupação.

Feito este esclarecimento, os instrumentos utilizados no cuidado como ocupação foram interpretados como fazer grupos, realizar visitas domiciliares, proferir palestras, reuniões e expor filmes, bem como, ocupar-se com a terapia medicamentosa em diferentes ações (orientar e administrar medicação, facilitar a tomada do medicamento, certificar-se do uso da medicação) e realizar anotações. Estes instrumentos estão à mão na ocupação das enfermeiras e são utilizados por elas, infelizmente, sem se questionarem quanto ao sentido dos mesmos.

Esses instrumentos estão ao alcance das enfermeiras no mundo dos CAPS. Ao se envolverem com eles, as enfermeiras se ocupam. Heidegger chamou esta capacidade do instrumento (*ser-para*) de se revelar enquanto tal, de *manualidade*. E é esta que dirige a visão do *ser-no-mundo* cotidiano para o encontro com os outros na ocupação. Esta visão, por sua vez, será denominada de *circunvisão*, compreendida como a visão imediata do que se encontra ao redor.

Heidegger (2008, p. 175) esclarece que o encontro com os outros se dá “a partir do mundo em que a presença se mantém” envolvida em

ocupações direcionadas por uma *circunvisão*. Esse modo de encontro mundano é tão amplo que a própria presença nele se perde em si mesma, “desviando o olhar ou nem mesmo vendo”, naquilo empreendido e esperado no que está imediatamente à mão no mundo circundante, sua ocupação.

Lançadas nos CAPS, as enfermeiras se entregam às ocupações como modo de *ser-no-mundo*. Nesta interpretação, elas revelam como sentido do cuidado estar envolvidas em tarefas cotidianas (grupos, visitas domiciliares, treinamentos, administração de medicamentos e outros). Neste aspecto, o modo mais imediato delas se relacionarem com os outros se dá através da ocupação, referido a um contexto de significância, em que predomina a execução de tarefas, sem se indagarem o sentido do fazer e o para que destes instrumentos.

O cuidado também teve o sentido de sensibilidade para avaliação do outro e, neste modo de cuidado, há a preocupação com o sujeito individualmente, para além dos muros do CAPS, no domicílio junto à família, na comunidade. A preocupação, na concepção heideggeriana, possui duas possibilidades, o ser pode retirar o cuidado do outro e tomar-lhe o cuidado nas ocupações, assumindo na ocupação o que o outro deve realizar. Nesta possibilidade, o ser que recebe o cuidado é deslocado de sua posição, para posteriormente assumir a ocupação como algo disponível. O outro pode tornar-se dependente e dominado, mesmo que este domínio seja silencioso e permaneça encoberto para o outro. Na outra possibilidade de preocupação, o ser que cuida não tanto substitui o outro, ele antecipa-se a ele em sua possibilidade existencial de ser, não para lhe tomar o cuidado como ocupação, mas ajudá-lo a tornar-se livre.

Nesta relação com as pessoas com transtorno mental as enfermeiras compartilham seu mundo com as demais presenças, mantendo uma relação de preocupação, de solicitude. Entretanto, por não incluir o sujeito de seu cuidado e sua família neste modo compartilhado, o ser cuidado vai continuar necessitando da ocupação da enfermeira como algo disponível.

Ao falar sobre o cuidado para além das estruturas do CAPS, as enfermeiras apontam a sensibilidade para proporcionar o crescimento do outro, como também conhecer a vida deles fora do CAPS mais de perto numa

abertura para que o outro supere ou minimize o sofrimento de ser diferente, de conviver com o transtorno mental.

Assim, “a preocupação está guiada pela consideração e pela tolerância” (HEIDEGGER, 2008, p.179) que podem acompanhar os modos deficientes de preocupação. A consideração foi compreendida como a maneira de aceitar as tensões, limites e características das situações e dos modos de ser da pessoa com transtorno mental, já a tolerância foi entendida como aceitação de que nem todas as ações serão plenamente alcançadas, mas pela paciência de que no caminho certo elas serão possibilidades de reconstrução.

Diante destas possibilidades, a preocupação está imbricada tanto com o seu *ser-para-o-mundo-da-ocupação* quanto com o *ser-para-consigo-mesmo*. A convivência cotidiana pode estabelecer uma ligação própria que possibilita a justa isenção, ajudando o outro em sua liberdade para si mesmo.

E, como *poder-ser*, a presença tem o desafio de manter-se numa existência autêntica. Porém, *ser-no-mundo* inautêntico, é, segundo a ontologia heideggeriana, o movimento básico de cada ente. O cuidado ocorre na instância do *ex-sistir* cotidiano e está exposto à possibilidade de uma relação inautêntica por parte deste profissional de saúde.

Ao interpretar os relatos das enfermeiras, quando discorreram sobre o cuidado como sensibilidade para avaliação do outro, desvelou-se que ao tomar a iniciativa de indagar às pessoas a quem elas cuidam sobre seu dia-a-dia e procurar conhecer a vida deles para além do cenário do CAPS, com ações extramuros, as enfermeiras indicaram preocupação em promover sua autonomia e vislumbrar o espaço comunitário, como cenário de vida, socialização e de integração, atendendo a nova política de saúde mental.

Segundo Heidegger, a preocupação com o ser que *ex-siste* é o próprio *ser-aí*. O cuidado é a totalidade das estruturas ontológicas do *ser*, que compreende as possibilidades da sua existência e da existência do outro, vinculando essas possibilidades às coisas e aos outros. Prossegue afirmando que o cuidado designa um fenômeno ontológico-existencial fundamental, cuja estrutura não é, contudo, simples.

Quando as enfermeiras vislumbram as possibilidades desse ser com transtorno mental, e com eles se preocupam desenvolvem um cuidado com o

foco voltado para a independência deste sujeito, encorajando-o a engajar-se em diferentes relações sociais, vinculando-se ao CAPS da forma mais independente possível.

Este cuidado preocupado corrobora com a advertência de Heidegger quanto ao termo cuidado, ele não é um fardo porque o ser que o descreve é cuidado e, como tal, pertence de modo essencial ao *ser-no-mundo*, assim o ser em relação ao mundo é essencialmente um *preocupar-se com*. O cuidado precede todo comportamento e funda-se na vontade, desejo, tendência e propensão.

A vida e a existência humana tornam-se significativas pelo cuidado. *Ser-no-mundo* é um ser de cuidado e o cuidado é o estado primordial do ser, no seu esforço em adquirir autenticidade.

As enfermeiras compreendem que as pessoas com transtorno mental atendidas nos CAPS são valorizadas dentro do serviço ao afirmarem procurar saber sobre suas vidas. Apreende-se que as mesmas iniciam um movimento em que necessitam buscar dessas pessoas o sentido de suas experiência/existências principalmente fora do CAPS e encorajando-as a estabelecerem objetivos dentro de suas possibilidades e, desta forma, construindo mutuamente o cuidado autêntico.

Quando as preocupações ultrapassam o modo ôntico, o ontológico procura dizer algo do porquê e do sentido de tudo que cerca o homem, daí, quando se busca as razões e as finalidades das coisas, dos saberes e da própria existência, atingiu-se o nível ontológico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo sobre o sentido do cuidado à pessoa com transtorno mental para as enfermeiras dos Centros de Atenção Psicossocial, foi possível interpretá-lo como um cuidado que se mostra oscilando entre o modelo hospitalocêntrico e o novo modo proposto pela política de saúde mental que teve como base a reforma psiquiátrica. Nessa oscilação, ora desvela-se um cuidado inautêntico, apontado por significações inerentes a complexidade do transtorno mental, ora desvela-se um cuidado autêntico, indo em direção a perspectiva de construção de novos modos de cuidado que ultrapassam os muros asilares, transformando a saúde mental para atingir a centralidade do humano, da pessoa e em suas relações.

Ao revelar o cuidado como inautêntico está presente o movimento de escuta do outro. No entanto, esse movimento mostrou-se como a ação de deixar simplesmente que o outro fale, não aparecendo nas falas das enfermeiras o envolvimento, a sensibilização e o diálogo como resposta ao que é expresso pelo outro. Ao deixar que o outro fale, a enfermeira mostrou disposição para ouvir e nem sempre em compreender.

Outro modo de interpretação, como cuidado inautêntico surge no sentido desvelado como trabalho em equipe. É possível compreender que no trabalho em equipe, as relações resultam do encontro de diferentes histórias pessoais e variados saberes. Cada profissional atua em um espaço demarcado por um saber próprio de sua formação acadêmica. Contudo, no contexto deste estudo, estas diferentes formações precisam se integrar, complementando-se no cuidado à pessoa com transtorno mental, objetivando uma melhor assistência.

O trabalho em equipe poderia primar por coesão, integração e inter-relacionamento efetivo entre seus integrantes, buscando a aceitação, a reciprocidade e a interação tanto entre os profissionais de distintas formações que compõem a equipe, quanto entre eles e o sujeito de seu cuidado superando a fragmentação deste. Entretanto, não captou-se nenhum movimento nesta direção.

Assim, o cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial exige a superação de obstáculos; a busca constante por experiências

interdisciplinares, exigindo dos profissionais o comprometimento com a transformação da assistência e de si mesmos para consolidar a prática em equipe, buscando a integração e a distribuição de poder, dessa forma, essa interação exige a abertura de cada um dos membros da equipe. Esse movimento de integração, com a diversidade de saberes, com o propósito de acolher e de construir um novo lugar social para as pessoas com transtorno mental não foi possível obter nos relatos das enfermeiras como modo de significação.

Nesse contexto de trabalho em equipe, a concepção do novo modelo introduz a lógica de que a pessoa com transtorno mental deixa de ser cuidada por um único profissional para ser cuidada pela 'equipe'. Portanto, o termo 'encaminhamento' usado em algumas falas, tem sentido de comunicação entre profissionais do mesmo serviço e não o sentido em que é usado na rede do Sistema Único de Saúde, em que os encaminhamentos são realizados entre diferentes serviços. Esta circulação das pessoas com transtornos mentais por diferentes profissionais, individualmente, aproxima-se do conceito de atenção multiprofissional, já que neste caso, cada profissional faz as orientações, que considera importante, dentro de sua área de conhecimento, e não conjuntamente com os demais.

Entretanto, foi possível também interpretar que as enfermeiras mostraram com a significação do trabalho em equipe a possibilidade de compartilhar com os demais membros da equipe o cuidado com a pessoa com transtorno mental. Ao se mostrarem com abertura para a ajuda dos outros profissionais da equipe, mostraram-se como *ser-no-mundo*. Assim, as enfermeiras significam que o cuidado pode ser compartilhado com os outros. Nesse entendimento, os outros referidos são os demais profissionais que também trabalham no CAPS e não os sujeitos do seu cuidado e seus familiares.

Ao significarem o cuidado como compartilhado com os outros, poucas vezes apareceu o compartilhar desse cuidado com a família, com a comunidade e com a própria pessoa com transtorno mental. Nesse aspecto, vê-se a necessidade de repensar esse cuidado que não está direcionado para a autonomia do sujeito e a independência deste do CAPS e nem para a compreensão de que quanto mais se aproxima do envolvimento com a família

e da comunidade, a complexidade da doença mental fica mais acentuada, razão já apontada por Amarante (2007) na qual há uma inversão da complexidade encontrada nos demais contextos da saúde que vai do nível primário (rede básica) ao nível terciário (hospitalar).

Na saúde mental, o hospital traduz respostas padronizadas e intervenções comuns, enquanto que a rede básica é que se torna mais especializada, com ações mais complexas, pois envolve vários atores sociais: os profissionais de saúde, a própria pessoa com transtorno mental, a família, a comunidade e outros setores sociais e econômicos, além de intervenções específicas a cada caso.

Outro sentido do cuidado à pessoa com transtorno mental desvelado, a partir dos relatos das enfermeiras dos CAPS foi o cuidado inautêntico interpretado no envolver-se em diferentes atividades: atendimento individual e em grupo, acolhimento, visitas domiciliares, administração de medicação e orientação da terapia medicamentosa. Estas estratégias, quando adotadas como lógica de desconstrução do modelo manicomial representam a superação deste antigo modelo, mas, quando se mostram como ‘encargos pesados’ e desnudadas como “obrigatórias” do serviço, transparecem para as enfermeiras como movimento de deixarem de *ser-com-a-pessoa* com transtorno mental para *ser-com-outro-ente*. E, é, exatamente, por causa deste movimento de valorizar a tarefa em si, como fim e não como meio, que as leva ao cuidado inautêntico mostrando um cuidado do que se diz e do que se faz, mas sem possibilidade de *poder-ser* mais.

O ponto de partida para interpretar o sentido do cuidado como autêntico se fez quando as enfermeiras mostram preocupação com o outro para além do espaço do CAPS. Nesse movimento de saída dos muros destes serviços, elas revelam a abertura para que o outro supere ou minimize o sofrimento de ser diferente, de ter transtorno mental e de ajudar o outro a integrar-se no mundo.

O mundo, na ótica heideggeriana, não se situa apenas como espaço geográfico, mas, sobretudo na *relação-com* e na compreensão de que não há um ‘sujeito sem mundo’, nem ‘mundo sem linguagem’. O isolamento, aprisionamento e o mutismo não podem ser repetidos como ações que eram presentes no modelo clássico da psiquiatria. Assim, ao preocupar-se com

essa pessoa para ir ao encontro de si mesmo e de ressignificar suas experiências com o propósito de crescimento, de superação e de liberdade as enfermeiras desvelam um cuidado autêntico, que vai em direção, inclusive, da transcendência, que na compreensão de Heidegger é um ato de liberdade. Nesse movimento elas se mostram livres para ultrapassar o cuidado enraizado e contumaz do modelo biomédico e avançar na nova proposta: o ser cuidado deve ter a possibilidade para conquistar a liberdade de assumir seus próprios cuidados e crescer como pessoa e com capacidade de viver *com-os-outros*.

O estudo mostrou que o sentido do cuidado à pessoa com transtorno mental para as enfermeiras dos Centros de Atenção Psicossocial apresenta características de transição em que o profissional enfermeiro embora escute o outro, ainda não o faz como escuta compreensiva e mesmo trabalhando em equipe ainda não se refere como interagindo em equipe, com a família e com o próprio ser cuidado. Mas, também aponta para um caminho de aproximar-se sensivelmente das experiências vividas pelo outro, resignificando esse cuidado.

Esse sentido do cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial resultante deste estudo, ainda não se mostrou visível para a efetivação da proposta da reforma psiquiátrica, na qual o usuário deve receber um atendimento que respeite sua cidadania e autonomia, tornando as relações de cuidado mais humanas para todos - sujeitos, familiares e profissionais de saúde. Este seria o ideal do modelo, mas os sujeitos deste estudo ainda oscilam entre a nova proposta e o modelo hospitalar tradicional.

Finalmente, é válido ressaltar que a fenomenologia mostrou-se fundamental como método capaz de descortinar, em parte, alguns significados, já que tamanho é o obscurecimento e velamento dos fenômenos subjetivos, que estes nunca se deixam mostrar por inteiro.

Portanto, sugerimos novos estudos para desvelar outras facetas desse fenômeno. Sugerimos também que ocorram mais discussões no conjunto da formação dos enfermeiros reforçando a reflexão sobre essa prática e que as mesmas sejam construídas em conjunto com os freqüentadores do CAPS: familiares, usuários, profissionais, comunidade para que sejam capazes de melhorar o cuidado.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BICUDO, M. A. V. **Fenomenologia**: confrontos e avanços. São Paulo: Cortez, 2000.

BINSWANGER, L. **Analyse existentielle et psychanalyse freudienne**. Paris: Gallimard, 1981.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Ed 7. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes Brasil**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/capsporuf.pdf>>. Acesso em: 30 Dez 2009.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e ciências humanas**. Ed 3. Londrina: UEL, 1996.

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, p. 55-64, 2002.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Tradução de Maria Leonor Braga Abecasis. Lisboa: Lidel, 1989.

DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia?** Tradução de Maria José J. G. de Almeida. Ed 8. São Paulo: Centauro, 2003.

DENARDIN, M. L. Cuidando e sendo cuidado: um modelo cultural de saúde em comunidade rural In: GONZALES, R. M.B; BECK, C. L. C; DENARDIN, M. L. **Cenários de cuidado**: aplicação de teorias de enfermagem. Santa Maria: Pallotti, 1999. p. 159 – 263.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**: a institucionalização da loucura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org). **Textos de apoio em Saúde mental**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

FIGUEIREDO, A. E. B. A atitude fenomenológica e o adoecer psíquico. In: SILVA FILHO, J. F; SERPA JÚNIOR, O. D. (Editores). O ensino, a pesquisa, seus métodos e a psiquiatria. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999, p.49-60.

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia fenomenológica**: fundamentos, métodos e pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomsom Learning, 2004.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**. 5 ed. São Paulo: Perspectiva, 1993.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, abr/jun 1999. p.345-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso em: 18 Nov. 2009.

FREIRE, F. H. M. A; UGÁ, M. A. D; AMARANTE, P. Os Centros de Atenção Psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial In: AMARANTE, P. (Coord.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau 2005, p. 113 – 142.

GARCIA M. L. P; JORGE, M. S. B. Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 Mar. 2009.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. Ed 4. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GEOVANINI, T. *et al.* **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

GONZALES, R. M. B. A autopercepção – um trajeto vivenciado por enfermeiras In: GONZALES, R. M.B; BECK, C. L. C; DENARDIN, M. L. **Cenários de cuidado**: aplicação de teorias de enfermagem. Santa Maria: Pallotti, 1999. p. 159 – 263.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback. Ed 3. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2008.

JOSGRILBERG, R. S. A fenomenologia como novo paradigma de uma ciência do existir In: POKLADEK, D. D. (Org.) **A fenomenologia do cuidar: prática dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional**. São Paulo: Vetor, 2004. p. 31 – 52.

LANCETTI, A; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 615 – 634.

LAURENTI, R. Pesquisas na área de classificação de doenças. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 3, n. 2, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901994000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jan. 2009.

LEONARD, M. K; GEORGE, J. B. Ida Jean Orlando. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. Ed 4. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e Método em Assistência de Enfermagem**. Ed 2. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

_____. *et al.* **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria (RS): Palliot; 2001.

LOPES, R. L. M. **Prevenindo o câncer cervico-uterino: um estudo fenomenológico sob a ótica da mulher**. Salvador: ULTRAGraph, 1999.

LOUGON, M. **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MAIA, A. R. VAGHETTI, H. H. O cuidado humano revelado como acontecimento histórico e filosófico. In: SOUSA, F. G. M. KOERICH, M. S. (Org.). **Cuidar – Cuidado Reflexões Contemporâneas**. Florianópolis: Papa-Livro, 2008, p.15-33.

MARTINS, J. BICUDO, M. A. V. **Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação**. Ed 2. São Paulo: Centauro, 2006.

MASINI, E. F. S. Enfoque fenomenológico de pesquisa em educação In: FAZENDA, I (Organizadora). **Metodologia da pesquisa educacional**. Ed. 3. São Paulo: Cortez, 1994, p.59-67.

MELLO, I. M. **Bases Psicoterápicas da Enfermagem**. Ed 2. São Paulo: Atheneu; 2009.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Ed 26. Petrópolis, RJ: 2007.

MONTEIRO, C. F. S. **Marcas no corpo e na alma de mulheres que vivenciam a violência conjugal: uma compreensão pela Enfermagem [tese]**.

Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

MOUSTAKAS, C. **Phenomenological Research Methods**. Califórnia: Thousand Oaks, 1994. Disponível em: <http://www.inside-installations.org/OCMT/mydocs/Microsoft%20Word%20-%20Booksummary_Phenomenological_Research_Methods_SMAK_2.pdf> Acesso em 25 novembro 2009.

NICÁCIO, F; AMARANTE, P; BARROS, D. D. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: AMARANTE, P. (Coord.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau 2005, p. 195 – 212.

NUNES, B. **Heidegger & Ser e Tempo**. Ed 2. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

OLINISKI, S.R; LACERDA, M. R. Cuidando do cuidador no ambiente de trabalho: uma proposta de ação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 1, Fev. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Nov. 2008.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. Mental health nursing work: contradictions and current potentialities. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, Jun 2003 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Jan. 2008.

OLIVEIRA, E. **Ouvindo vozes**: histórias do hospício e lendas do Encantado. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

OLIVEIRA, M. M. C. *et al.* Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com mãe de recém-nascido internado em uma unidade neonatal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, Dez. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Nov. 2009.

POLIT, D. F; BECK, C. T. & HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. por Ana Thorell, Ed 5. Porto Alegre (RS): Artmed, 2004.

REALE, G.; ANTISERI, D. **História da Filosofia**: de Nietzsche à Escola de Frankfurt . São Paulo: Paulus. v. 6. 2006.

RIBEIRO, P. R. M. **Saúde Mental no Brasil**. São Paulo: Arte & Ciência, 1999.

RIBEIRO Jr., J. **Introdução à fenomenologia**. Campinas (SP): Edicamp, 2003.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, Set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Out. 2008.

_____. **Enfermagem psiquiátrica: que papel é esse?** Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia,/Te corá, 1994.

RODRIGUES, J. F.; FERNÁNDEZ, N. A. Apreciaciones sobre la clasificación internacional de enfermedades: Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri” **Rev. Cubana higiene y Epidemiologia**, Havana, v.328, n.3, 2000. p.215-9

ROSA, L. C. S. A reforma psiquiátrica no Piauí no século XX. In: GUIMARÃES, L. D. A. ROSA, L.C.S. CARVALHO, M. E. **(Con)textos em saúde mental: saberes, práticas e histórias de vida**. Teresina: EDUFPI, 2008, p. 207- 222.

_____. (Org.). **O Nordeste na Reforma Psiquiátrica**. Teresina: EDUFPI; 2006.

_____. **Panorama da Assistência Psiquiátrica no Piauí**. Teresina: EDUFPI; 2004.

_____. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família**. São Paulo: Cortez; 2003.

SANTOS, L. G. O homem na filosofia de Martin Heidegger. **Ciência & Vida Filosofia**. 2008. p. 50-63.

SCHEFFER, J. C.; FIALHO, I. M.; SCHOLZE, A. S. Itinerários de cura e cuidado de idosos com perda auditiva. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, Set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Nov. 2009.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, Dez. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Jul. 2008.

SILVEIRA, L.C; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, Ago. 2005. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Jul. 2009.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Ed 9. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOKOLOWSKI, R. **Introdução a fenomenologia**. Tradução de Alfredo de Oliveira Moraes. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

STEIN, E. **Introdução ao pensamento de Martin Heidegger**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

TALENTO, B. Jean Watson. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. Ed 4. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 253-65.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan/abr. 2002.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 19, Jun 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Dez. 2009.

TORRALBA ROSELLÒ, F. **Antropologia do cuidar**. Tradução de Guilherme Laurito Summa. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados**. Tradução Fernando Diniz Mundim e Isabel Cristina Fonseca da Cruz. Ed 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2007.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.

WALDOW, V. R. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da Enfermagem**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

_____. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2006.

_____. **O Cuidado na Saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Ed 2. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.

WATSON, J. Watsons theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, Mar. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Fev. 2009.

ZILLES, U. **Teoria do conhecimento**. Ed 3. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998.

ZOLA, I. K. Medicine as na institution of social control. **Sociological Review** . 1972. v. 20, p. 487-504.

ANEXOS



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por **Claudete Ferreira de Souza Monteiro**. Após ser **esclarecido(a)** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:

TÍTULO DO ESTUDO: O significado do cuidado à pessoa com transtorno mental para enfermeiras dos Centros de Atenção Psicossocial.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: **Claudete Ferreira de Souza Monteiro**.

INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO: UFPI – Departamento de Enfermagem

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): 86 - 32155558

PESQUISADOR PARTICIPANTE: **Maria Edileuza Soares Moura**.

Telefones para contato: 86 – 3235 7898

Local de Coleta de Dados:

Este estudo busca analisar os significados do cuidado à pessoa com transtorno mental para enfermeiras dos CAPS II de Teresina (PI) à luz do referencial fenomenológico de Martin Heidegger, terá uma abordagem qualitativa, fenomenológica, considerando que este processo de cuidar é subjetivo e relaciona-se tanto com a formação quanto com a singularidade de cada profissional. Você será entrevistado sobre sua vivência de cuidado no CAPS, a entrevista será gravada e o que você disser será registrado para posterior estudo.

Você será solicitado a ser entrevistado no seu local de trabalho, no horário de expediente.

Não há benefício imediato para o participante, mas este estudo prevê benefícios na medida em que se ver a necessidade de mostrar o cuidado que o enfermeiro desenvolve nos CAPS, destacando seu papel como membro da equipe multiprofissional. Bem como, contribuir na construção do conhecimento no campo da enfermagem nos dispositivos de atenção psicossocial para subsidiar a promoção de uma postura crítica, reflexiva, comprometida com a articulação entre o saber, o ensinar e a prática orientada para a compreensão do fenômeno cuidado à pessoa com transtorno mental nesses serviços, tema esse ainda escasso na literatura. Nossa pretensão é também contribuir para complementar e melhorar a assistência prestada a esta clientela e re-pensar a discussão do cuidado de enfermagem a esses sujeitos, sendo dessa forma, uma temática relevante social e profissionalmente.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas. O responsável pelo estudo é a **Prof^a. Dr^a. Claudete Ferreira de Souza Monteiro** que pode ser encontrada no Departamento de Enfermagem da UFPI, no telefone **86 32155558**. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí [Campus Universitário Ministro Petrônio Portela – Bairro Ininga – Centro de Convivência L09 e 10 – Teresina – Piauí e por o telefone 86 32155737.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que, requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo, (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Esta pesquisa tem início após a liberação pelo Comitê de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas e da UFPI e você poderá retirar seu consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,
RG _____ CPF _____ / n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo “O SIGNIFICADO DO CUIDADO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL PARA ENFERMEIRAS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”.

Eu discuti com **Maria Edileuza Soares Moura** sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo neste Serviço.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito: _____

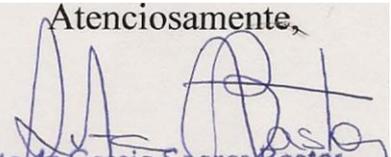
ANEXO B – Autorização da Coordenação do Centro de Atenção Psicossocial infanto – juvenil Dr. Martinelli Cavalca (CAPSi) para a realização da pesquisa neste cenário.

**CAPSI-Centro de Atenção Psicossocial
Infanto-Juvenil Dr.Martinelli Cavalca
C.N.P.J 06.553.564/019-45 Teresina-Piauí**

Da: **Coordenação do CAPSi**

Para:**Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro** (Orientadora de Mestrado)

Venho por intermédio deste documento confirmar a V.St' que a enfermeira **MARIA EDILEUZA SOARES MOURA** (mestranda da Universidade Federal do Piauí) está autorizada a realizar coleta de dados para trabalho de conclusão de mestrado intitulado : **O CUIDAR DA PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DOS CAPS DE TERESINA-PI**, no CAPSi de acordo com o compromisso de manter o anonimato dos entrevistados e na divulgação dos resultados coletados, segundo documentação de solicitação de autorização para coleta de dados.

Atenciosamente,

Rita de Cassia Soares Bastos
Coordenadora: CAPSI - Infanto-Juvenil
Dr. Martinelli Cavalca
Fonoaudióloga CRF: 4584

Teresina (PI), 17 de Dezembro 2008.

ANEXO C - Autorização da Coordenação de Ações Assistenciais da Fundação Municipal de Saúde de Teresina para a realização da pesquisa nos CAPS vinculados administrativamente ao município.



Memo Circ./CAA/N°005/2009

Teresina, 22 de janeiro de 2009

Da: Coordenação de Ações Assistenciais - CAA

Para: Coordenações Regionais de Saúde Centro/Norte e Leste/Sudeste e Sul

Apresentamos Maria Edileuza Soares Moura que realizará a pesquisa **"O cuidar das pessoas em sofrimento psíquico na perspectiva dos enfermeiros dos CAPS de Teresina-PI"**.

Solicitamos que a mesma seja encaminhada aos CAPS de abrangência dessa Regional de Saúde. Na conclusão do trabalho, deverá ser encaminhada uma cópia do relatório final à Presidência da FMS.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Amariles de Souza Borba".

Amariles de Souza Borba
COORDENADORA DE AÇÕES ASSISTENCIAIS

ANEXO D - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí para a realização da pesquisa envolvendo seres humanos.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
(CONEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFPI
REGISTRO CONEP: 045



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: O cuidar da pessoa em sofrimento psíquico na perspectiva dos enfermeiros dos CAPS de Teresina

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0011.0.045.000-09

Pesquisador Responsável: Claudete Ferreira de Souza Monteiro

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/2010 Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 13/2/2009

Teresina, 13 de fevereiro de 2009.

Prof. Dr. Carlos Ernando da Silva
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
COORDENADOR

APÉNDICE



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO

Data: ____/____/____.
 Horário:_____
 Tempo utilizado:_____
 Local:_____.

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1. Pseudônimo: _____ .
2. Nº. da entrevista: _____ .
3. Sexo: () Masculino () Feminino
4. Idade: _____ .
5. Estado Civil : _____ .
6. Ano da graduação em Enfermagem? _____ .
7. Possui experiência anterior na área de saúde mental? _____ .
- 7.1 Em caso afirmativo, qual? _____ .
8. Há quanto tempo trabalha no CAPS? _____ .
9. Possui experiência profissional em outras áreas? _____ .
- 9.1 Em caso afirmativo, qual? _____ .

II. EM RELAÇÃO AO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CAPS RESPONDA:

1ª questão: Fale livremente como é o seu cuidado à pessoa com transtorno mental realizado no CAPS como enfermeira.

2ª questão: Que estratégias você utiliza para resolver as situações cotidianas apresentadas pela pessoa com transtorno mental acompanhada no CAPS?

Obrigada por sua colaboração!

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)