

## O CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E SUA FAMÍLIA\*

[Transpersonal nursing home care to the mentally ill and their families]

[El cuidado transpersonal de enfermería en domicilio al portador de trastorno mental y su familia]

Ana Lúcia Nascimento Fonseca\*\*, Maria Ribeiro Lacerda\*\*\*, Mariluci Alves Maftum\*\*\*\*

**RESUMO:** Estudo de caso e aplicação de um marco referencial de cuidado de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e sua família a partir do Processo Clínico Caritas de Jean Watson e Processo de Cuidar de Lacerda. O objetivo foi apresentar uma proposta de cuidado de enfermagem transpessoal ao portador de transtorno mental e sua família. Deste modo, pretendo contribuir para o desenvolvimento da prática de enfermagem em saúde mental no contexto domiciliar, convergindo com os princípios da Reforma Psiquiátrica que acontece no Brasil. Participaram 14 sujeitos totalizando quatro casos, sendo que neste artigo optei por relatar somente o caso de Marte. Concluí que a aplicação desse marco propiciou a transformação da relação de poder entre o profissional e a pessoa portadora de transtorno mental e família, pois, ao desenvolver o cuidado transpessoal, o enfermeiro coloca sua humanidade em relação com a humanidade do outro, criando uma oportunidade de atendê-lo em sua integralidade: corpo, mente e espírito.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidado transpessoal; Enfermagem; Domicílio; Portador de transtorno mental.

**ABSTRACT:** This study shows the application of a background landmark in nursing home care for the bearer of a mental disorder, grounded by Watson's Clinical Caritas Process and Lacerda's Care Process. It aimed to present a nursing care proposal to the mentally ill and their family. Thus, I intend to contribute for the development of nursing home care practice in mental health meeting the principles of the Psychiatric Reform held in Brazil. Fourteen (14) subjects participated in the study in a total of 4 cases, but in this article I have chosen only Marte's case. I concluded that the application of this background landmark enabled the change in power relationship between the nursing professional and the mentally ill and their families; by developing transpersonal nursing, the nurse reaches his/her humanity for the other's, enabling a holistic care rendering: body, mind and spirit.

**KEYWORDS:** Transpersonal care; Nursing; Home; Bearer of a mental disorder.

**RESUMEN:** Este estudio demuestra el uso de una señal referencial del cuidado, en el domicilio, del portador de la trastorno mental por medio del Proceso Clínico Caritas, de Jean Watson, y Proceso de Cuidar de Lacerda, presentado bajo forma de estudio de caso, buscando contribuir para el desarrollo de la práctica de oficio de enfermería psiquiátrica todavía poco explorado en el espacio del contexto domiciliario, convergiendo con los principios de la reforma psiquiátrica que, sin embargo, ocurre en Brasil. Participaron 14 personas, siendo el total cuatro casos, pero en este artículo fue relatado solamente el caso de Marte. La conclusión es que la aplicación de esa señal referencial proporcionó la transformación de la relación de poder entre el profesional y la persona portadora de trastorno mental y familia, pues, al desarrollar el cuidado transpessoal, el enfermero pone su humanidad en relación con la humanidad del otro, creando una oportunidad de atenderlo en su totalidad: cuerpo, mente y espíritu.

**PALABRAS CLAVE:** Cuidado transpessoal; Enfermería; Domicilio; Portador de trastorno mental.

---

\*Extrato da Dissertação de Mestrado em Enfermagem: O cuidado domiciliar transpessoal a familiares e pacientes com transtorno mental. 2004 - Universidade Federal do Paraná - UFPR.

\*\*Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual de Londrina - UEL.

\*\*\*Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Coordenadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem – NEPECHE – UFPR. Orientadora.

\*\*\*\*Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFPR. Membro do NEPECHE – UFPR. Co-orientadora.

Autor correspondente:  
 Maria Ribeiro Lacerda  
 R. Padre Camargo 280 – 86410-030 – Curitiba - PR  
 E-mail: lacerda@milenio.com.br

Recebido em: 07/12/05  
 Aprovado em: 03/07/06

## 1 INTRODUÇÃO AO TEMA

A prática do cuidado à pessoa portadora de transtorno mental seguiu uma trajetória de exclusão, irrecuperabilidade, perda de autonomia, por meio de intervenções que reduziam o ser humano a um objeto de intervenção do médico e por extensão de sua equipe. Esta prática perdurou até o final da Segunda Guerra Mundial, quando teve início os Movimentos de Reforma Psiquiátrica com o objetivo de transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleciam com a loucura e com o louco, buscando a superação do estigma, da segregação, da desqualificação do sujeito, por meio de um cuidado mais humano.

No Brasil, estes movimentos tiveram início no final dos anos 70 do século passado, culminando com a criação da Lei nº. 10.216, de 6 de Abril de 2001, a partir do projeto de Lei de autoria do Deputado Paulo Delgado. Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial, propõe a extinção gradual dos leitos de internamento e incentiva a construção de novas alternativas para o suporte aos usuários e suas famílias no processo de inserção social<sup>(1)</sup>.

Neste contexto, aconteceram eventos que mobilizaram as pessoas portadoras de transtornos mentais e seus familiares, as equipes de saúde e as instituições de saúde para a transformação no cuidado ao portador de transtorno mental, centrado no hospital e na doença, por formas que contemplassem o tratamento na comunidade. Um dos fatores impulsores desta mudança foi a desospitalização do doente mental, que visa a sua reinserção no contexto familiar e social e, principalmente, a redução dos altos custos provenientes dos internamentos hospitalares.

A família é co-autora na promoção da cidadania, porém, na prática, se observa que o foco do cuidado ainda é o paciente, marginalizando assim a família<sup>(2)</sup>. Tal fato, leva ao despreparo da família para cuidar desta pessoa no domicílio, na ocasião do retorno ao lar, pouca ou quase nenhuma informação é dada ao cuidador quanto à forma de cuidar, o que gera estresses inevitáveis, causando doença no cuidador<sup>(3)</sup>. Portanto, na ocasião do retorno do doente mental ao domicílio, é necessário que o cuidador se responsabilize pelo seu cuidado, o que não ocorria anteriormente quando este se encontrava internado por longos períodos ou asilado em uma instituição psiquiátrica.

Diante desta problemática e na busca de uma maneira de cuidar de pacientes portadores de transtorno mental de forma a atender às suas necessidades e da família e, também, procurando contemplar o preconizado pela reforma psiquiátrica, propus como estratégia de assistência à saúde ao portador de transtorno mental e sua família: o cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar.

Portadores de transtornos mentais ao retornar ao

lar necessitam de cuidados de enfermagem especializados para auxiliá-los nas exigências da vida em comunidade e evitar assim o asilamento<sup>(4)</sup>.

Alguns estudos com a abordagem de cuidado da pessoa e sua família apontam para a efetividade deste modo de cuidar no contexto da saúde mental, porém, são poucos os serviços de saúde que o utilizam como modalidade de cuidado<sup>(4, 5, 6)</sup>.

Por meio desta proposição, busquei contribuir para o desenvolvimento da profissão em uma área ainda pouco explorada. Assim, este artigo objetiva apresentar uma proposta de cuidado de enfermagem transpessoal ao portador de transtorno mental e sua família.

No cuidado transpessoal de enfermagem, “o indivíduo move-se ao encontro da harmonia com sua mente, corpo e alma”, sendo que o cuidado ocorre por meio da relação transpessoal, na qual o ser enfermeiro co-participa com o ser cliente de sua situação<sup>(7-70)</sup>. Para tal é necessário que a enfermeira faça uso de si própria como instrumento para facilitar o healing (reconstituição) do ser cuidado, conduzindo-o à aquisição de um novo padrão, no qual ocorre a unidade de mente, corpo e espírito.

A relação transpessoal acontece quando entramos no campo existencial, energético, um do outro (paciente e enfermeiro), de forma intencional e acompanhamos o que emerge do ser cuidado e, a partir daí, o enfermeiro se torna elemento ativo reconstituído<sup>(3)</sup>.

Acreditando na relevância desta forma de cuidar, que contribui para a reconstituição do ser portador de transtorno mental e sua conseqüente colaboração para reinserção deste cliente no contexto familiar e social, elaborei esta proposta de como o enfermeiro poderá cuidar de forma transpessoal ao portador de transtorno mental e de sua família no contexto domiciliar.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO PARA O CUIDADO TRANSPESSOAL DOMICILIAR AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E SUA FAMÍLIA

Para a construção do marco referencial deste estudo utilizei concepções pessoais no que se refere aos conceitos de ser-humano, saúde-doença mental, ambiente/domicílio, enfermagem, família, cuidado domiciliar associadas a outros autores que coadunam com as mesmas, e também as concepções da teorista de enfermagem Jean Watson, autora da Teoria do Cuidado Humano e do Cuidado Transpessoal<sup>(7, 8, 9, 10)</sup>. A opção por utilizar o Cuidado Transpessoal de Jean Watson, para nortear e sustentar o marco conceitual do cuidado de enfermagem à pessoa portadora de transtorno mental e sua família, no domicílio, surgiu por se tratar de um referencial teórico fundamentado em valores existenciais humanistas-altruístas, que estimulam o desenvolvimento, autoconhecimento e autocontrole do ser cuidado, o portador de transtorno mental e sua família, propiciando-lhe condições de se tornar responsável pelo

seu próprio cuidado e, se possível, conduzindo-os ao healing de sua saúde.

Recompôr e reconstituir, a partir do cuidar do enfermeiro, refere-se à reconstituição da própria pessoa, às perdas, aos sentimentos, suas dificuldades existenciais, facilitando-lhe a aceitação de sua vida mediante uma relação de ajuda, confiança, cuidado, amor, imbuídos de um compromisso ético. Sendo assim, healing é compreendido no sentido de recomposição e reestruturação da saúde da pessoa, da mente, do corpo e da alma, em uma unicidade e não no sentido de cura <sup>(9)</sup>. Os conceitos que permeiam o marco incluem:

**Ser Humano/Doente Mental:** o ser humano, com o qual se procura desenvolver uma interação por intermédio do cuidado transpessoal, é o doente mental e sua família. Este ser vivencia um momento de desintegração de seu self provocando dificuldade em desenvolver interações efetivas.

**Ambiente/Domicílio:** é o espaço geográfico no qual o ser humano portador de transtorno mental vive com sua família, de acordo com seus valores, crenças e conceitos adquiridos na sociedade. Este local influencia o ser humano e é por ele influenciado.

**Família:** rede de pessoas que derivam de um sistema social mais amplo, que interagem por vários motivos, unidas por diferentes vínculos, afinidade, consanguinidade ou descendência e que ocupam o mesmo ambiente.

**Enfermagem:** é uma profissão pela qual o ser enfermeiro realiza interações com o ser cuidado de forma a promover o equilíbrio entre corpo, mente e alma, considerando as suas necessidades, transformando-o e se transformando por meio de uma relação de cuidado.

**Cuidado transpessoal:** acontece quando o ser enfermeiro entra no campo fenomenológico do ser cuidado, influenciado pela consciência do cuidado de enfermagem, compartilhando experiências e sentimentos, revelando o ser interior de cada um e permitindo compreensão e crescimento pessoal de ambos. Por intermédio desta conexão busca conduzir o ser cuidado ao healing em seu ser por inteiro (corpo, mente, alma), indo além do modelo biomédico. O cuidado transpessoal tem sua estrutura no processo clínico caritas e concretiza-se no momento de cuidado.

**Cuidado domiciliar:** neste estudo refere-se ao acompanhamento feito por meio das visitas domiciliares de enfermagem às pessoas portadoras de transtorno mental e sua família. Nestas são realizadas pela enfermeira educação para saúde, controle e orientação, com objetivo de atender às necessidades do ser cuidado, proporcionando efetivo funcionamento das relações interpessoais, com intuito de prevenir reinternações desnecessárias em Instituições Psiquiátricas e favorecendo a reabilitação psicossocial.

**Relação transpessoal:** um cuidado atencioso-reconstituidor, que contém reverência, se realiza em um

espaço considerado sagrado. Não é uma técnica ou algo que a pessoa faz pelo outro. É um processo que relaciona a filosofia moral à fundação espiritual; uma ontologia relacional: que é vida em relação, sendo troca que enriquece ambos-enfermeiro e cliente <sup>(9:5)</sup>.

**Momento de cuidado:** compreende-se como sendo um campo existencial energético, um ponto decisivo, um chamado para as mais elevadas e profundas consciência e intencionalidade, uma escolha autêntica de cuidar/viver.

**Processo de clínico caritas:** trata-se de um modelo emergente de cuidado transpessoal, que se modifica de fatores caritativos, os quais dão forma e estrutura à teoria do cuidado humano e auxiliam as enfermeiras na resolução de problemas de forma criativa, entendendo que este modelo era estático e com o avanço em seus estudos, substituiu-o pelo processo de clínico caritas que compõe-se por dez elementos de cuidado <sup>(10:75)</sup>:

1. Praticar o amor, a gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência do cuidado;
2. Ser autenticamente presente, fortalecer e sustentar o profundo sistema de crenças, mundo de vida subjetivo do ser cuidado;
3. Cultivar práticas próprias espirituais e do "eu transpessoal", ultrapassando o próprio ego;
4. Desenvolver e manter a relação de ajuda-confiança no cuidado autêntico;
5. Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como conexão profunda com seu próprio espírito e o da pessoa cuidada;
6. Usar-se criativamente e todas as maneiras de conhecer, como parte do processo de cuidar, engajando-se em práticas artísticas de cuidado-reconstituição;
7. Engajar-se em experiência genuína de ensino-aprendizagem, que atenda à unidade do ser e dos significados, tentando manter-se no referencial do outro;
8. Criar um ambiente de reconstituição (healing), em todos os níveis, sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto, a dignidade e a paz sejam potencializados;
9. Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando o que é essencial ao cuidado humano, o que potencializará o alinhamento de corpo-mente-espírito, totalidade e unidade do ser, em todos os aspectos do cuidado;
10. Dar abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e daquela do ser cuidado.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

O processo de cuidar no domicílio com enfoque no cuidado transpessoal de enfermagem desenvolvido com a pessoa portadora de Transtorno mental e sua família no domicílio foi operacionalizado pelo Processo de Cuidar

elaborado por Lacerda <sup>(3:33-6)</sup> que é composto por quatro fases:

Fase 1 - Contato Inicial: caracteriza-se pelos primeiros contatos entre enfermeira/cliente/família. Neste momento há um desvelar de ambas as partes que podem ou não se completar: há um querer ou não avançar nesta relação.

Fase 2 - Aproximação: nessa etapa, a relação já evoluiu, os sentimentos, palavras, toques, várias formas de comunicação ocorrem, vários temas são abordados e o enfermeiro e o cliente movimentam-se para união.

Fase 3 - Encontro Transpessoal: nessa fase, tem vez a relação transpessoal. Assim, acontece "a relação entre dois, transcende cada um. Ocorre uma união, um estar junto em harmonia e mutualidade".

Fase 4 - Separação: essa fase indica maturidade dos envolvidos. Então, eles liberam-se do vínculo criado, pois cada um alcançou seus propósitos. Todavia, a autora salienta que essa separação pode ocorrer de forma abrupta, sem que tenha havido transformação, às vezes, por recuo do paciente, outras, por ser necessário melhor preparo por parte do enfermeiro e do paciente, ou por necessidade de suporte de outro profissional.

Dada a natureza da investigação, sua estrutura teórica e filosófica e com vistas a atingir o objetivo proposto, optei pelo estudo de caso, que

é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente [...] e sua complexidade está determinada pelos suportes teóricos que servem de orientação em seu trabalho de investigador <sup>(11:183)</sup>.

A relevância do estudo de caso é que, a partir do estudo aprofundado de uma realidade delimitada e de seus resultados, podem-se formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas <sup>(12)</sup>.

Para a narrativa do caso, foram usadas as quatro fases do processo de cuidar proposto: contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação <sup>(3)</sup>, associadas aos elementos do processo clínico caritas <sup>(10)</sup> e outros autores que compuseram o referencial teórico deste estudo.

Os domicílios nos quais foi desenvolvido o estudo, atendiam as condições mínimas para se realizar a assistência domiciliar de enfermagem, ou seja, "oferecer condições de higiene e segurança ao paciente" <sup>(13:33)</sup>. Todos contavam com saneamento básico, eram de alvenaria, o quadro clínico dos pacientes estava controlado, fora de crise e tinham um cuidador responsável. Sendo que são cuidadores os parentes "ou pessoas cujas relações são menos contratuais e mais de afeto ou com grau de parentesco ou de amizade e vizinhança com o cliente que está sendo cuidado" <sup>(14:28)</sup>.

Para seleção dos sujeitos da pesquisa utilizei os

seguintes critérios: paciente ter suporte familiar e comorbidade de deficiência física, que o impeça de ir à unidade de saúde; não haver indicação para internamento hospitalar; haver condições de moradia, sanitárias e nutricionais favoráveis; a unidade de saúde ter estrutura e equipe adequadas para fazer atendimento domiciliar. Inicialmente, foram acompanhados, por um período de quatro meses, 14 pacientes e suas famílias, contudo, devido à opção pelo método de estudo de caso e no intuito de aprofundar a descrição do caso selecionado, para este artigo, utilizei somente um dos casos da amostra do estudo. Para registro das informações, utilizei gravações em fita cassete dos momentos de cuidado e diário do pesquisador.

Com o compromisso de garantir os direitos humanos do ser pesquisado, este estudo seguiu as diretrizes éticas e legais da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que determina as normas para pesquisa que envolve seres humanos <sup>(15)</sup>.

Devido às suas características, este estudo teve duas áreas geográficas distintas: a unidade básica de saúde e o domicílio de pacientes portadores de transtornos mentais que estão inscritos no programa de saúde mental da referida unidade. A escolha por essa unidade de saúde foi devida à existência de Programa de Saúde Mental e por haver um alto número (mais de 500) de pacientes inscritos. Também, por ser necessário contar com uma referência à qual o paciente esteja vinculado, podendo ele ser atendido nos momentos de crise ou ter atendimento especializado.

## 4 RELATO DO CUIDADO TRANSPESSOAL VIVIDO

### 4.1 O CASO DE MARTE

Marte é do sexo feminino, casada, mora com seu marido e um filho e sua casa fica em uma boa localização do bairro. Segundo informações da Agente Comunitária de saúde (ACS), que me acompanhou em todas as visitas, ela está inscrita no Programa de Saúde Mental, devido a um quadro depressivo. Como sempre, procurei não saber muito a respeito da cliente, para que não ocorresse pré-julgamentos. Ao relatar o caso, realizei a articulação às fases do processo de cuidar e aos elementos do processo clínico caritas.

#### Fase 1 - Contato inicial

A ACS chamou-a e ela logo veio ao nosso encontro. Apresentava aspectos, emagrecida, pálida, falava fraco e não nos olhava no olho. Apresentei-me, apertando sua mão e perguntei se podíamos entrar. Ela disse que sim. A casa estava em reforma, o marido e o filho estavam dormindo, pois, segundo ela, trabalhavam à noite. Marte demonstrava-se apática, sem energia. A ACS iniciou a conversa e perguntou como ela estava se sentindo. Ela disse

que estava bem, só estava fraca. A ACS respondeu: – “Deve ser devido à cirurgia”.

Perguntei sobre a cirurgia que ela tinha feito, se gostaria de falar a respeito da mesma. Tentei deixá-la à vontade para falar do que quisesse. Assim, procurei realizar o que é descrito como contato inicial do processo de cuidar<sup>(3)</sup>, ou seja, um desvelar de ambas as partes, novas descobertas, de forma verdadeira, seguindo sempre a intuição.

Marte falou que tinha feito cirurgia de redução do estômago há oito meses e que já tinha perdido mais de 60 quilos. Desde a cirurgia, não conseguia se alimentar bem tinha vários episódios de vômito. Perguntei se estava fazendo acompanhamento médico e ela disse que sim. Questionei sobre as medicações e ela disse não lembrar de tudo. Levantou lentamente e foi buscar seus remédios. Dentre as vitaminas e outros remédios, estavam suas medicações psiquiátricas.

Perguntei: – “Marte, antes de inscrever-se no Programa de Saúde Mental da Unidade de Saúde, onde você se tratava?” – Ela disse ter sido internada há mais ou menos três anos em hospital psiquiátrico e, desde então, está em tratamento ambulatorial. Falei para ela que já tinha trabalhado em alguns hospitais psiquiátricos e conversamos um pouco a respeito deles. Marte mantinha-se desanimada, sem demonstrar interesse, apática. Durante a conversa, usei o elemento 1 do Processo clínico caritas, pois estava cuidando de forma amorosa e gentil, de forma consciente e intencional, também, o elemento 4 do processo clínico caritas<sup>(10)</sup>, o qual, por comunicação verbal e não-verbal, bem como escuta empática, possibilitou que a paciente fosse percebida com maior profundidade, pois, preconiza que a interação entre a enfermeira e o ser cuidado deve ser calcada por sentimentos de respeito, honestidade, verdade, de forma a promover a aceitação positiva do outro, sem julgamentos.

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

## Fase 2 - Aproximação

Neste dia, Marte veio nos receber no portão eu e a ACS e logo nos convidou a entrar. Aparentava estar melhor. Fomos até a sala, onde nos sentamos e iniciamos a conversa.

– “Como tem passado, Marte?” – “Estou bem, mas ainda não consigo me alimentar direito, tenho perdido peso por isso.” – “Você tem ido às consultas no hospital?” – “Tenho e o médico me pediu para comer mais vezes durante o dia, em pequenas quantidades, que eu fosse introduzindo os alimentos sólidos. Mas não consigo comer carne.” – “Você perdeu muitos quilos?” – “Sim. Veja como eu era.”

Marte mostrou-nos uma foto que estava na estante. Aproveitei para perguntar quem eram as outras pessoas que estavam na foto. Assim, ela apresentou sua família, duas filhas, seus genros, seu marido, seu filho, o mais novo, não estava na foto. Entrei realmente na fase de aproximação<sup>(3)</sup>, a relação evoluiu, foram abordados vários temas durante a conversa e nos movimentamos para uma união, utilizando várias formas de comunicação, nas quais a enfermeira pode desenvolver uma relação de ajuda e confiança, por comunicação verbal e não-verbal, como forma de perceber o outro mais profundamente, como refere o elemento 4 do processo de clínico caritas<sup>(10)</sup>.

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

Perguntei: “E a outra filha sua, onde mora?” – “Aqui mesmo no bairro, mas vejo ela pouco. Às vezes, ela vem aqui e traz os netos para mim ver.” – “E você não vai visitá-la?” – “É difícil, quase não saio, saio para as consultas no hospital e para a consulta com o psiquiatra.” – “E as medicações?” – Disse que estava acabando, mas que teria consulta, pegaria a receita e que estava se sentindo bem com a medicação.

Questionei-a se conhecia as atividades oferecidas na igreja e o que pensava a respeito de participar das mesmas. Disse que tinha ouvido falar, mas que nunca sentiu vontade de ir. Conversei com ela a respeito das palestras com o psicólogo, realizadas na unidade de saúde. Expliquei do que se tratava, informei o horário e o local em que aconteciam. Aqui, estava utilizando o elemento 7 do processo clínico caritas<sup>(10)</sup>, ou seja, procurei, mediante informações oferecidas, instrumentalizá-la para o seu próprio cuidado, por meio do processo educativo. Ela falou que iria, porém, não senti muita animação de sua parte.

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

Na segunda visita, Marte veio nos receber e era visível a sua melhora. Estava mais corada e até sorriu ao nos ver. Abraçamo-nos e falei o quanto estava feliz em vê-la melhor. Nesse momento, estava acolhendo-a com a consciência de que possuímos campos de energia que interferem no campo do ser cuidado, que podem contribuir para a melhora de estados afetivos, facilitar a interação e promover um campo de satisfação com a vida.

Ela falou: – “É, tenho me sentido melhor”. – O tom de voz dela era outro, falava mais alto, com mais força. O andar não estava mais tão lento. Sentamo-nos na sala,

como de costume e ela disse da saudade que sentia de sua filha que estava no Japão, que se sentia muito sozinha. Ao possibilitar que ela expressasse seus sentimentos, estava permitindo e auxiliando o ser cuidado a se reconstituir, ao encontrar-se com o sentimento por si mesmo a partir de sua história, assim estava aplicando o elemento 5 do processo clínico caritas<sup>(10)</sup>. Aproveitei para falar o quanto era importante ela sair de casa, conversar com outras pessoas, fazer outras atividades. Relatei minha experiência em morar longe da família, como enfrento a saudade. Continuávamos, na fase de aproximação<sup>(3)</sup>, pois percebi um evoluir na relação. Caminhamos para que as almas, os espíritos se encontrem, sejam compreendidos e considerados.

Perguntei das consultas e ela disse que seria naquela semana. Pedi para ver sua carteirinha e verifiquei que havia perdido sua consulta com o psicólogo. Sua medicação também estava acabando e a próxima consulta demoraria. Orientei-a a ir até a unidade de saúde para remarcar a consulta e pegar os medicamentos. Encerrei a visita com um abraço e o compromisso de um próximo encontro.

### Fase 3 - Encontro transpessoal

Passei duas semanas sem ir até a casa de Marte, devido a atividades profissionais. Ao chegar à Unidade de Saúde, fui informada por uma das agentes que, nesse período de ausência, o filho de Marte tinha sido assassinado durante um assalto ali mesmo no bairro. Seu filho era um adolescente e parecia estar envolvido com drogas, como usuário. Precisei preparar-me para esse encontro e comecei por refletir a respeito do elemento 9 do processo clínico claritas<sup>(10)</sup>. Busquei compreender como aquela situação tinha mobilizado dentro de mim o que representava a morte e como poderia ajudá-la nesse momento.

Quando eu e a ACS chegamos, Marte veio nos atender. Estava com aparência boa, apesar do que tinha acontecido. Ela tomou a iniciativa de abraçar-nos pela primeira vez. Era o momento de cuidado, pois, de forma intencional, durante aquele abraço, senti que adentrei o seu campo fenomenológico e pude, assim, perceber a sua condição de alma, espírito. Conectamo-nos, nesse momento, uma com a outra e com a energia superior do universo. Esse abraço comprovou o relativo às expressões utilizadas pelas enfermeiras para conectar-se com o outro, que são gestos, expressões faciais, toque, etc<sup>(10)</sup>.

Fomos até a sala, ela sentou em frente a nós, possibilitando-me olhar nos seus olhos. Como forma de utilizar o elemento 5 do processo clínico caritas<sup>(10)</sup>, falei que já estava sabendo o que tinha acontecido com o seu filho e perguntei se gostaria de falar sobre o assunto. Desejei, assim, ser presente e apoiar a expressão de seus sentimentos, valorizando-os, considerando-os e possibilitando a sua recomposição. Ela contou como tinha acontecido, como foi difícil receber a notícia. Falou dos planos que ele tinha e da

falta que ele estava fazendo.

Perguntei como ela estava se sentindo. – “Eu estou bem agora, mas meu marido está pior da depressão.” – Foi um fato novo, pois, até então, ela nunca tinha falado sobre esse assunto. Disse que ele não dormia, não comia e ainda chorava muito, que estava sem medicação, mas tinha saído para providenciar, pois a medicação com a qual ele se acertou tinha de ser manipulada, não tinha na unidade. Percebi que ela estava cansada. Então, despedimo-nos, comprometendo-me a retornar na semana seguinte.

Tive a sensação ambígua de ter cuidado e de não ter cuidado e de impotência diante da situação que Marte estava enfrentando, mas logo me lembrei do elemento 10 do processo clínico caritas<sup>(10)</sup>, que me fez refletir a respeito desses sentimentos e do fato de que em nosso modelo de atenção à saúde não temos respostas para tudo, há coisas que não sabemos, há fenômenos insondáveis, há que se dar espaço para o mistério, não podemos controlar e nem compreender tudo.

### Fase 4 - Separação

Retornamos, eu e a ACS, na semana seguinte como combinado. Marte estava sozinha em casa. Seu marido tinha saído para resolver assuntos relacionados ao falecimento de seu filho. Sua expressão foi de satisfação em nos ver, estava com boa aparência, tranquila. Sentamo-nos na sala e, novamente, ela sentou-se em frente a nós, olhando em nossos olhos, como se quisesse se aproximar. Nesse momento, usei o elemento 1 do processo clínico caritas<sup>(10)</sup>, pois, ao demonstrar interesse em estar com ela naquele momento, estava cuidando de forma amorosa e gentil, bem como intencional, adentrando seu espaço vital, consciente de que estávamos conectadas uma a outra e ambas ao universo. Assim, permiti que suas necessidades emergissem de seu interior.

Marte iniciou a conversa dizendo que sentia a falta de seu filho, que tinha ficado um vazio na casa sem ele, que se sentia triste. Permaneci escutando-a de forma empática, demonstrando interesse, respeito pelos seus sentimentos, tentando percebê-la profundamente, como refere o elemento 4 do processo clínico caritas<sup>(10)</sup>.

Marte contou que sua filha que mora no Japão ficou muito triste com o que aconteceu e não queria mais ficar longe da família, pois não deu tempo de vir para o velório do irmão. Disse que a vinda da filha deixou-lhe menos triste, mas entendia que ela não substituiria o seu filho. Coube então a aplicação do elemento 5 do processo clínico caritas<sup>(9)</sup>. Procurei estar com ela e apoiar a expressão de seus sentimentos, auxiliando-a a reconstituir a si mesma, por meio do encontro com seus sentimentos, a partir de sua história de vida. Perguntei como estava se sentindo após a nossa conversa e ela respondeu que se sentia melhor.

Expliquei que seria a última visita, mas que ela

continuar a ser visitada pelas agentes comunitárias de saúde de sua área. Agradeço-a por ter compartilhado momentos de sua história de vida. Falei da importância em continuar o tratamento e do vínculo com a unidade de saúde.

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

## 5 REFLEXÕES E CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DO PROCESSO VIVIDO

A aplicação do processo de cuidar no domicílio possibilitou a operacionalização do cuidado transpessoal e confirmou o que estudos anteriores verificaram<sup>(3,16)</sup>, nos quais as autoras afirmam ser a divisão do processo em fases meramente didática, pois o processo de cuidar é dinâmico, podendo acontecer simultaneamente. Todavia, essas fases, neste estudo, assumiram particularidades que merecem ser citadas.

A fase de contato inicial e aproximação requer, na maioria dos casos, um tempo maior, ou seja, ela estende-se em maior número de visitas. Tal fato encontra justificativa em que esses pacientes, em sua trajetória de vida, tem histórias de fracasso em relações interpessoais anteriores<sup>(17)</sup>. Essa situação dificulta o estabelecimento do vínculo.

A aproximação, em alguns momentos, fundia-se com os encontros transpessoais, o que ocorreu também em estudo<sup>(16)</sup>, segundo a autora, por inúmeras vezes, esse encontro passava despercebido, devido à proximidade entre o ser cuidado e o cuidador. Essa fase também se prolongou um pouco mais do que em outros estudos.

O encontro transpessoal, neste estudo, não pode realizar-se com todos os envolvidos. Senti que, em alguns casos, caminhava para a concretização deste encontro, era questão de tempo. O fato de não ter ocorrido com alguns não significa que não seria possível, naquela situação.

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

Contudo, considero necessário afirmar que o cuidado de enfermagem domiciliar não surge com a pretensão de abolir a internação, que deve ser assegurada aos pacientes e familiares.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil, Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/portarias.htm>. (7 nov. 2002).

2. Filisola CLA, et al. A história da família de Rubi e seu filho leão: trabalhando com família de usuários com transtorno mental grave através do modelo Calgary de avaliação e intervenção na família. *Texto e Contexto Enf.* 2003; 12(2): 182-90.
3. Lacerda MR. O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar. *Cogitare Enferm* 1997; 2(1): 44-9.
4. Reinaldo AMS, Rocha RM. Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental: idéias para hoje e amanhã. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v. 4, n. 2, p. 36-41, 2002. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br> (05 set. 2004).
5. Waidman MAP. Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental. [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.
6. Stamm M. A enfermeira cuidando de famílias em situação de alcoolismo com uma abordagem transpessoal. [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
7. Watson J. *Nursing: human science and human care*. East Norwalk: Appleton-Century-Crofts; 1985.
8. Watson J. *Postmodern nursing*. London: Harcourt Brace; 1999.
9. Watson J. Cuidar em enfermagem além da pós-modernidade. In: intercâmbio internacional: Bases Teórico-filosóficas da prática do cuidar em enfermagem. Rio de Janeiro, 16-19 nov. 2003 [anotações].
10. Watson J. *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F.A. Davis; 2004.
11. Trivinos ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987.
12. Tomasi NS, Yamamoto RM. *Metodologia da pesquisa em saúde: fundamentos essenciais*. Curitiba; 1999.
13. Cunha ICK. O. *Organização de serviços de assistência domiciliar de enfermagem*. 1991. [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.
14. Lacerda MR. *Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira*. [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
15. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196 de 10 de Outubro de 1996. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/cmite\\_etica/resolucao.htm](http://www.saude.pr.gov.br/cmite_etica/resolucao.htm) (14 ago. 2003).
16. Souza SM. *Cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar a pacientes neoplásicos e suas famílias*. [dissertação] Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
17. Taylor CM. *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica*. 13.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
18. Jorge MSB. *Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio*. São Paulo: Lemos; 2000.