

KARLA DENISE SCHIPMANN BORGONOVO

**VIVENCIANDO O CUIDADO TRANSDIMENSIONAL COM
TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA**

Florianópolis - SC

Fevereiro de 2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

**VIVENCIANDO O CUIDADO TRANSDIMENSIONAL COM
TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA**

KARLA DENISE SCHIPMANN BORGONOVO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área: Assistência de Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a ALCIONE LEITE DA SILVA

Florianópolis - SC

Fevereiro

FEVEREIRO DE 2001

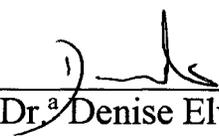
**VIVENCIANDO O CUIDADO TRANSDIMENSIONAL COM
TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA**

KARLA DENISE SCHIPMANN BORGONOVO

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

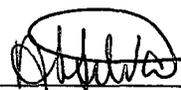
Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em dezembro de 2001, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Conhecimento: Assistência de Enfermagem.

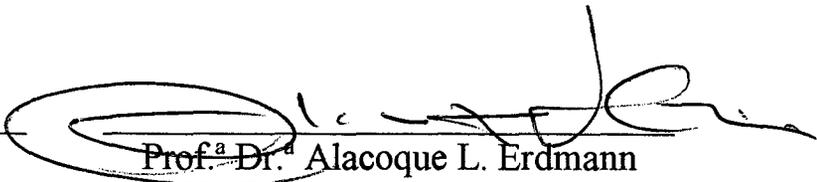


Prof.^a Dr.^a Denise Elvira Pires de Pires

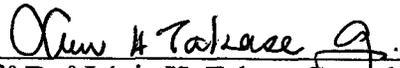
BANCA EXAMINADORA:



Prof.^a Dr.^a Alcione Leite da Silva
Presidente



Prof.^a Dr.^a Alacoque L. Erdmann
Membro



Prof.^a Dr.^a Lúcia H. Takase Gonçalves
Membro



Prof.^a Dr.^a Miriam Susskind Borestein
Membro

*Dedico este estudo a Deus,
agradecendo a vida e as
oportunidades oferecidas.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha mãe, Terezinha Pereira Schipmann, pelo amor explícito.

Aos meus filhos Marina e Murilo pelo incentivo, parceria, amor, carinho e paciência.

A meus familiares e amigos/as por compartilharem de minha experiência de vida.

À Dr^a Alcione Leite da Silva, orientadora deste estudo, por sua sensibilidade, solicitude, incentivo, apoio e pela autoria do Paradigma do Cuidado Transdimensional.

Às professoras da PEN – UFSC pela disponibilidade de auxílio.

Às Doutoradas Alacoque Lorenzine Erdmann, Cleusa Rios Martins, Miriam Susskind Borestein, Lúcia H. Takase Gonçalves e Dda. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos pelas contribuições a este estudo.

À Maritê Inês Argenta pela amizade e companheirismo, e às colegas de mestrado pelo convívio alegre e prazeroso.

Aos Enfermeiros e Enfermeiras do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPQ) pelo apoio e amizade constantes.

À Enf^a Adriana Remor Francisco, parceira de trabalho e amiga, pelo estímulo, confiança e colaboração.

À equipe multiprofissional e aos/às trabalhadores/as de enfermagem da Unidade de Internação Feminina do IPQ pelo estímulo proporcionado.

Às trabalhadoras de enfermagem que participaram da construção do processo de cuidado, revelando suas potencialidades de ser e viver.

Ao Dr. Marcos Zaleski, Diretor Geral, e à Enf^a Dilma Boeing, Gerente de Enfermagem do IPQ, por terem apoiado e facilitado este estudo.

Aos internos e funcionários da Unidade de Idosos que acompanharam nove anos de minha caminhada no Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina pelo carinho, estímulo e experiências de cuidado compartilhadas.

Aos/às pacientes psiquiátricos/as pela motivação e inspiração para o cuidado.

Você trabalha em si mesmo espiritualmente como um dom de si aos semelhantes. Porque, até ter cultivado a qualidade da paz, do amor, do júbilo, da presença, da honestidade e da verdade, todos os seus atos são coloridos pelos seus apegos. Você não pode esperar a iluminação para começar a agir, por isso usa os seus próprios atos como uma maneira de trabalhar em si mesmo. Nossa vida inteira é o nosso caminho e isso vale para todas as experiências.

Adaptado de Stanislav Grof (1997)

RESUMO

Este estudo teve por objetivo experienciar um processo de cuidado com trabalhadoras de enfermagem psiquiátrica, facilitando o processo de ser e viver saudável, tendo como referencial norteador o paradigma do Cuidado Transdimensional. Neste referencial o processo do cuidado é eminentemente participativo e reflexivo. Nele as pessoas envolvidas no cuidado, através de interações dinâmicas intuitivas e criativas, oportunizam um caminhar rumo às novas experiências, nas quais, de forma original e única, se autoconheçam e autotransformem. Ao adotar este referencial trabalhei com o processo de morte-renascimento, buscando contribuir para uma maior qualidade da prática de enfermagem, da qualidade de vida destas trabalhadoras, através do cuidado terapêutico de si no seu viver cotidiano. Este estudo foi desenvolvido com oito trabalhadoras de enfermagem do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina no período de junho a agosto de 1999. A dinâmica do processo de cuidado se deu através de oito vivências norteadas pelo significado do cuidado de si e do outro na infância, adolescência, idade adulta e no trabalho. As informações obtidas no processo de cuidado foram analisadas pela perspectiva do Cuidado Transdimensional com foco no processo de morte-renascimento, evidenciando aspectos do ser e viver das trabalhadoras de enfermagem psiquiátrica. Os significados de cuidado, acompanhando o ser em sua história de vida, emergiram intimamente relacionados às interações que valorizam o ser e sua subjetividade, gerando sentimentos que contribuem para a sua integridade e harmonia. Por outro lado, os de não-cuidado apresentaram-se vinculados às interações que geram sentimentos negativos e sofrimentos que desvalorizam o ser e o seu viver, limitando a livre expressão e o avanço criador. Na infância e adolescência das trabalhadoras de enfermagem foram freqüentes as imposições de regras sem se entender o porquê, ou de poder recusá-las. Dessa forma, fica evidente a submissão à autoridade paterna e materna, prosseguindo na idade adulta e exercendo influência importante na tomada de decisões em suas vidas. Na idade adulta um avanço mais significativo, com uma ampliação maior de suas capacidades de expressão, aparece como que bloqueado pelo apego às formas de enfrentamento realizadas na infância e adolescência. No trabalho os desafios que mereceram maior destaque das trabalhadoras estavam relacionados ao despreparo profissional, às más condições de trabalho, à convivência contínua com as manifestações de sofrimento psíquico das pacientes

psiquiátricas, à excessiva demanda de cuidado e às dificuldades encontradas no relacionamento interpessoal. As trabalhadoras se vêem condicionadas a permanecer em um ambiente que comprovadamente é hostil à natureza humana, estruturado para privilegiar a doença, e que tem como principal característica a medicação. Com base nesse estudo, posso afirmar que o Cuidado Transdimensional se traduz em importante referencial para o cuidado em psiquiatria. Sinto-me à vontade para recomendá-lo aos/às demais trabalhadores/as, tanto dos hospitais psiquiátricos como de outros, pois proporciona o autoconhecimento, a autotransformação e o desenvolvimento das capacidades e potencialidades do ser através do cuidado terapêutico de si e do outro, aspectos que são fundamentais ao processo de morte-renascimento e à construção de novos padrões de propósitos e ações na vida.

Palavras-chave: Cuidado Transdimensional, morte-renascimento, trabalhadoras de enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

LIVING THE TRANSDIMENSIONAL CARE WITH PSYCHIATRIC NURSERY.

The present study had as its main goal living the care process developed with psychiatric nursery female workers, working on the healthy being and living process of such professionals, having the paradigm of Transdimensional Care as the principal referential. The mentioned referential deals with a totally participating and reflexive care process (Silva 1997a). According to it, all the people involved in the care, go on a path toward new experiences during which, through an original and unique manner, they are able to develop self-knowledge and self-transformation (Silva 1997a). To adopt such referential, I worked the death-rebirth process, aiming the improvement not only of the nursery practice but also the life quality of the workers through self-development and self-transformation, using the therapeutic care in daily life. The study was developed with eight nursery female workers from the Psychiatric Institute of the State of Santa Catarina, from June to August 1999. The care process was analyzed through eight living experiments, which aimed to point out the significance of taking care: self-care and taking care of others, during childhood, adolescence, adult life and on professional life. The living experiments were developed through music relaxation, topic exploitation using moulding and gluing techniques, reflexive dialogues or rebirthing and evaluation technique. The obtained information in the care process were analyzed under the Transdimensional Care perspective, aiming the death-rebirth process, showing the aspects of being and living of the psychiatric nursery workers. The significance of care, going along with the worker in his/her life history, appeared closely related to the interactions which valorize the person and his/her subjectivity, creating feelings which help the improvement of his/her integrity and harmony. On the other side, the significance of non-care was presented linked to the interactions which create negative feelings and suffering, making the being and living poorer, giving limits to free expression and creative development. During the nursery workers' childhood and adolescence rule impositions are frequent. No questions about the reasons of such rules or the power of refusing them. It is clear, then, the submission to paternal and maternal influence, important aspect in decisions during the whole life of a person. During adult life, a more meaningful step, with the enlargement of expression

skills, the person seems blocked by the confront forms lived during childhood and adolescence. In professional life, the challenges that need to be pointed out were all related to the lack of professional training, bad working conditions, daily exposition to patients' suffering, excessive care demand and difficulties related to interpersonal relations. They work in an atmosphere that is hostile to the human being nature, structured to privilege the disease and that has as its main characteristic the medication. Having this study as a reference point, it is possible to affirm that the Transdimensional Care is an important referential to the care related to psychiatry. I feel very comfortable to recommend it to other workers, in any kind of hospital, as it leads to self-knowledge, self-transformation and development of skills and potentialities of the being, through therapeutic care, which is essential to the process of death-rebirth and to the construction of new objective patterns and actions in life.

Key words: Transdimensional Care, death-rebirth, psychiatric nursery female workers.

SUMÁRIO

<i>RESUMO</i>	<i>ix</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>xi</i>
<i>APRESENTAÇÃO</i>	<i>1</i>
<i>CAPÍTULO 1</i>	
<i>ASPECTOS HISTÓRICOS DA PSIQUIATRIA E O CUIDADO AO/À TRABALHADOR/A DE ENFERMAGEM</i>	<i>7</i>
Aspectos Históricos da Psiquiatria	7
Aspectos Históricos da Assistência Psiquiátrica e do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil	10
Aspectos da Psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica em Santa Catarina	14
Uma Breve Revisão sobre Enfermagem Psiquiátrica	17
Concepções Teórico-Filosóficas do Cuidado de Enfermagem	21
Cuidado Transdimensional	27
O Cuidado ao/à Trabalhador/a de Enfermagem	29
<i>CAPÍTULO 2</i>	
<i>REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO</i>	<i>35</i>
Biografia da Autora	35
Concepções Filosóficas	36
Pressupostos Filosóficos de Acordo com Silva (1997a)	42
O Processo Enquanto Caminho	43

Contexto do Estudo _____	43
Caracterização da População do Estudo _____	45
Processo de Cuidado _____	45
Dinâmica do processo de cuidado _____	47
Sistematização e Análise das Informações _____	48
Proteção dos direitos humanos _____	49
<i>CAPÍTULO 3</i>	
<i>VIVÊNCIAS DE CUIDADO COM TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA</i> _____	50
Primeira Vivência: Negociação do Processo de Cuidado _____	51
Apresentação das participantes do estudo _____	53
Segunda Vivência: Significados do Cuidado de Si e do Outro na Infância _____	56
Terceira Vivência: Apresentação dos Conceitos e Pressuposições do Cuidado Transdimensional _____	61
Quarta Vivência: Significados do Cuidado de Si e do Outro na Adolescência _____	64
Quinta Vivência: Significados da Violência Sexual para as Trabalhadoras _____	67
Sexta Vivência: Significados de Cuidado de Si e do Outro na Vida Adulta _____	70
Sétima Vivência: Significados de Cuidado de Si e do Outro no Trabalho _____	73
Avaliação do Processo de Cuidado _____	76
<i>CAPÍTULO 4</i>	
<i>O PROCESSO DE SER E VIVER DE TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA</i> _____	79
O Processo de Ser e Viver na Infância e Adolescência _____	81
O Processo de Ser e Viver na Vida Adulta _____	88
O Processo de Ser e Viver no Trabalho _____	91
<i>CAPÍTULO 5</i>	
<i>REFLETINDO SOBRE A TRAJETÓRIA PERCORRIDA</i> _____	100
<i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i> _____	107
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i> _____	110
<i>ANEXOS</i> _____	117
Anexo 01 _____	118
Anexo 02 _____	119
Anexo 03 _____	121
Anexo 04 _____	122

Anexo 05	123
Anexo 06	124
Anexo 07	126
Anexo 08	128
Anexo 09	130
Anexo 10	131
Anexo 11	132
Anexo 12	133
Anexo 13	134

APRESENTAÇÃO

Viver é uma grande aventura em direção ao nosso ser e ao ser dos/as companheiros/as de jornada. Desta forma, tenho percebido minha trajetória, através de inúmeras experiências que meus quarenta e quatro anos de vida têm me proporcionado. Quando relembro esta trajetória, muitos momentos se destacam em minha memória, colocando em evidência as experiências vividas, as quais se apresentam como um arco-íris, cujas cores se entrelaçam em diferentes matizes. Assim, posso detectar estas cores que vão de um colorido brilhante a tons mais escuros, retratando os prazeres e as dores, as certezas e as incertezas, que se mesclam, dando à vida um movimento dinâmico e pleno de conquistas inalienáveis do ser.

Ao compor a trajetória deste trabalho tenho consciência de que também componho a trajetória de minha vida, pois ambas são reflexos uma da outra. Isso implica afirmar que não posso separar a minha vida pessoal da profissional, pois ambas são partes de uma mesma totalidade. Uma vida na qual venho, pouco a pouco, construindo o meu ser e, nesta construção, desvelo para mim mesma e para os outros partes de um ser que anseia por se libertar das amarras, dos condicionamentos muitas vezes impostos pelos significados dados às minhas vivências, bem como pelo meio que me circunda.

Romper as amarras nem sempre é um processo indolor, mas certamente nos remete à própria humanidade de nosso ser. Neste sentido, concordo com Silva (1997a), de que viver implica muitas vezes em deixar de ser para poder renascer, ou seja, em vivenciar os

inúmeros processos de morte e renascimento de que nosso viver muitas vezes nos impõe. Conseqüentemente, viver plenamente cada momento pode levar a aprofundar-nos em nosso ser, descobrindo nossas áreas de luz como de sombras. Nesta descoberta, que é também uma construção, avançamos em direção ao nosso ser como também em direção aos seres do mundo.

Ao rever a minha trajetória, vejo a importância de cada acontecimento vivido, como eles se completam e fazem de mim o que sou hoje, um ser em caminhada, cheio de anseios na busca de novas formas de ser e viver no mundo. Anseios de expressar e realizar o meu ser com os outros, compondo uma sinfonia harmoniosa, na qual a solidariedade, o compartilhar amoroso faça de mim um ser como o outro, mas, ao mesmo tempo, diferente do outro, na construção de uma felicidade que extrapole o individual para abarcar o coletivo.

Neste repensar, vejo com clareza as decisões tomadas nos níveis pessoal e profissional, sinto as repercussões destas decisões em meu ser, em minha vida, as quais me apontam que o acaso não preside a vida no universo. Assim, a minha escolha profissional de trabalhar na área de Psiquiatria, ao longo dos meus doze anos de profissão, esteve intimamente ligada ao meu interesse por desvendar os mistérios da consciência humana, para compreender a minha própria consciência. Muitas vezes, ao pensar sobre este interesse, achei-me bastante pretensiosa, mesmo assim, nunca desisti desta pretensão. A incursão nesta área levou-me a trabalhar em um hospital psiquiátrico.

Neste caminhar, posso dizer que avancei como ser humano, frente ao sofrimento dos seres em abandono, estigmatizados pela loucura, excluídos da sociedade pela incompreensão humana e pelo descompromisso com a própria vida do ser. Penso que nem todos/as os/as profissionais se permitem viver tal experiência, pois ela, na maioria das vezes, mobiliza nossas forças, nossos sentimentos, nos arremete para uma condição humana de alienação, da qual nem todos podem se dizer imunes. Conviver com o ser humano na condição de paciente psiquiátrico, implica em conviver com sua história, suas angústias, seus desamparos, suas desorientações e, principalmente, com suas extremas carências afetivas e sociais. Contudo, um dos grandes desafios consiste em conviver com sentimentos de impotência para auxiliá-los a mudar suas vidas, e mudar o comportamento

da sociedade frente a estes seres, bem como em transformar o sistema caótico no qual nos inserimos.

Cuidar do/a paciente psiquiátrico/a exigiu uma revisão de meu próprio ser, de minhas crenças e valores, de minha forma de sentir e me posicionar no mundo. Neste processo, busquei trabalhar os meus preconceitos em relação à condição daqueles seres. Sentia-me mobilizada a fazer o melhor para diminuir os seus sofrimentos e contribuir de alguma forma para que vivessem de forma mais saudável. Nesta busca, as leituras em psicologia e em outras áreas das ciências humanas, bem como os diversos cursos efetuados ampliaram a minha visão e a minha capacidade para cuidar de forma mais efetiva e humana. Também incorporei formas inovadoras de cuidado ao meu arsenal terapêutico, as denominadas de terapias alternativas. Este preparo, que se deu após o término de meu curso de graduação, foi imprescindível, tendo em vista as grandes lacunas em minha formação nesta área.

Posso dizer que a aprendizagem do cuidado ao/á paciente psiquiátrico/a se deu em conjunto com os/as outros/as profissionais de enfermagem e da equipe de saúde com os/as quais trabalhei. Assim, no cotidiano da prática, foi possível estabelecer uma parceria favorável à busca de um cuidado mais humano que proporcionasse àqueles seres um viver com mais segurança na interação consigo mesmos, com o ambiente e com os outros.

Essa jornada, empreendida em um hospital psiquiátrico, foi acompanhada pela jornada em minha própria vida pessoal, na qual venho buscando formas de autoconhecimento e autotransformação. Uma jornada que me faz estar sempre atenta ao exercício da minha humanidade, pois a convivência diária com o/a paciente psiquiátrico/a pode nos levar a acostumar com as condições degradantes que permeiam as suas vidas e o ambiente que os/as circunda. Deste modo, pude freqüentemente observar que é possível perder o interesse e a motivação para desenvolver um cuidado de qualidade. Este fato levou-me a buscar compartilhar com os/as trabalhadores/as de enfermagem o meu conhecimento, não só através do cotidiano da prática como também através dos diversos cursos de formação que ministrei.

O cuidado ao/á paciente psiquiátrico/a implica em conviver com situações estressantes em meio às manifestações extremas de angústia, desespero e desamparo.

Situações em que o bom-senso, o estar presente através de uma intervenção afetiva e segura, aliados ao conhecimento técnico, podem representar o alívio para o ser.

As manifestações do/a paciente psiquiátrico/a requerem do/a trabalhador/a de enfermagem competência cognitiva e afetiva. Requerem segurança, amor, compreensão, empatia, paciência, calma e conhecimentos específicos de enfermagem, bem como das ciências humanas. O cotidiano do cuidado ao/a paciente pode levar o/a trabalhador/a de enfermagem a ter sentimentos de culpa, desânimo, cansaço, ansiedade e impaciência, interferindo na saúde, na vida familiar e profissional. Zago (1988) refere que o dia a dia do hospital psiquiátrico modifica o modo de pensar, sentir e agir do/a trabalhador/a, no sentido de enriquecimento pessoal ou de perda gradativa da saúde mental.

Segundo Pitta (1991), a exposição a um ou mais fatores que produzem doença na prática hospitalar decorre da própria natureza deste trabalho e de sua organização, evidenciada por sinais e sintomas orgânicos e psíquicos inespecíficos. Dentre os determinantes principais destes transtornos, que agem dinâmica e eficientemente entre si e com outros, estaria a dor, o sofrimento e a morte do outro, e as formas de organização deste trabalho essencial e diuturno.

Face aos desgastes constantes impostos pela prática do cuidado ao/a paciente psiquiátrico/a, tenho observado as condições dos/as trabalhadores/as de enfermagem, o que tem me levado a refletir com estes/as sobre suas vidas pessoais e profissionais, buscando identificar com eles/as formas mais saudáveis de ser e viver. Neste sentido, o cuidado ao/a trabalhador/a de enfermagem é uma prioridade, ainda não reconhecida plenamente pelos/as profissionais da área da saúde e, conseqüentemente, pelos/as dirigentes destas instituições. O/a trabalhador/a de enfermagem é um ser humano e, através da forma como se percebe e percebe o mundo, se expressa na vida. Para prestar um cuidado de qualidade, este ser deve, dentre outros aspectos, estar bem consigo mesmo e com a vida, estar bem com o outro para estabelecer uma relação de ajuda. Neste sentido, o estar de bem consigo mesmo e com o outro envolve autoconhecimento e compreensão da vida. Isto implica no fato de que o/a trabalhador/a precisa se cuidar para poder cuidar do outro, estando inteiro/a para poder prestar um cuidado efetivo à pessoa que sofre e sair desse relacionamento com a satisfação que a expressão do trabalho deve proporcionar ao ser humano.

Diante do exposto, desenvolvi, neste estudo, um processo de cuidado com trabalhadores/as de enfermagem psiquiátrica, com vistas a facilitar o processo de ser e viver saudável, tendo como referencial norteador o paradigma do Cuidado Transdimensional de Silva (1997a). Minha opção por este referencial deveu-se ao fato de compartilhar das suas crenças e valores e considerar que sua aplicação pode contribuir para uma melhor qualidade da prática da Enfermagem, aqui entendida como cuidado à saúde, à pesquisa e ao ensino. Neste referencial, o processo do cuidado é eminentemente participativo e reflexivo (Silva, 1997a). Nele, as pessoas envolvidas no cuidado, através de interações dinâmicas intuitivas e criativas, oportunizam um caminhar rumo às novas experiências, nas quais, de forma original e única, se autoconheçam e se autotransformem (Silva, 1997a). Ao adotar este referencial, trabalhei com o processo de morte-renascimento, que é o foco essencial do cuidado, aqui voltado para a trabalhadora de enfermagem. A meta foi o desenvolvimento de novas potencialidades de ser e viver saudável e a construção de relações mais harmoniosas entre os/as trabalhadores/as de enfermagem e deles/as com os outros seres e seu meio ambiente.

Este estudo foi desenvolvido com oito trabalhadoras da equipe da qual faço parte, no período de junho a agosto de 1999. Busquei, com este, contribuir para uma maior qualidade da prática de enfermagem e da qualidade de vida destas trabalhadoras ao facilitar o autoconhecimento e a autotransformação, através do cuidado terapêutico delas no seu viver cotidiano, bem como avaliar a adequação do referencial utilizado ao contexto deste estudo.

Após ter delimitado alguns aspectos introdutórios, apresento no primeiro capítulo algumas concepções relevantes para o contexto deste estudo, destacando aspectos históricos da saúde mental e do cuidado em psiquiatria, alguns estudos sobre o cuidado em enfermagem, dentre eles o Cuidado Transdimensional e o cuidado ao/à trabalhador/a de enfermagem. No segundo capítulo abordo o referencial teórico-metodológico que norteou este estudo, no qual seleciono alguns conceitos e pressupostos do Cuidado Transdimensional. A seguir, delimito a metodologia do estudo, denominada o processo como caminho, no qual articulo a metodologia do processo de cuidado com a metodologia do estudo em si. Descrevo, no terceiro capítulo, o processo de cuidado desenvolvido, no qual busquei construir, em parceria com as trabalhadoras de enfermagem psiquiátrica, uma

prática de Cuidado Transdimensional, com vistas a um processo de ser e viver mais saudável. No quinto capítulo faço uma reflexão sobre as informações que emergiram do processo de cuidado, tendo como fundamentação o referencial adotado. Finalizando, analiso a experiência de implementação do referencial teórico-metodológico de Silva (1997a), e sua adequação à prática de cuidado no sexto capítulo, prosseguindo com algumas considerações finais.

CAPÍTULO 1

ASPECTOS HISTÓRICOS DA PSIQUIATRIA E O CUIDADO AO/À TRABALHADOR/A DE ENFERMAGEM

Para compor o cenário deste estudo achei conveniente focalizar alguns aspectos históricos da organização e reformas por que passou a psiquiatria no Exterior, no Brasil e mais especificamente no Estado de Santa Catarina, onde se deu este estudo. Prosseguindo, destaquei algumas concepções teórico-filosóficas acerca do cuidado de enfermagem, bem como abordagens enfatizadas por estudos acerca do cuidado ao/à trabalhador/a de enfermagem.

Aspectos Históricos da Psiquiatria

No século XVII, na Europa, com a ocorrência da industrialização, o espaço urbano passou a sofrer uma organização em que velhos/as, mendigos/as, crianças abandonadas, aleijados/as, portadores/as de doenças venéreas e “loucos/as” eram internados/as em hospitais que se constituíam em verdadeiros “depósitos humanos”. Uma nova disciplina e um novo controle social surgiram para excluir aqueles/as que não conseguiam contribuir para o progresso da sociedade, ou seja, para a produção, comércio ou consumo. O conceito de normalidade estava aliado ao comportamento estabelecido pela moral burguesa (Belmonte et al, 1998).

No final do século XVIII Pinel assume a direção de um hospital francês para alienados, e uma nova concepção de “loucura” passou a ser difundida. Pinel entendia a “loucura” como uma alteração das faculdades cerebrais, cujas principais causas seriam físicas, hereditárias e morais, exemplificadas como as paixões intensas e excessos de todos os tipos. Seu trabalho ficou caracterizado pela separação dos loucos dos demais internos e sua posterior classificação. Pinel (apud Castel, 1978, p.83) considerava que os hospícios deveriam ser organizados dispondo em seu interior diversos espaços para separar os alienados mais furiosos dos mais calmos, evitando que se comunicassem para que não ocorressem recaídas. Estas providências facilitariam o cumprimento dos regulamentos de polícia interior que evitariam agravamento ou diversidade de sintomas, que deviam ser observados e descritos pelos médicos (Castel, 1978).

O reconhecimento do louco como portador de uma patologia natural, de natureza orgânica, acontece no mesmo cenário da Revolução Francesa, em que os ideais de defesa dos direitos humanos (Liberdade, Igualdade e Fraternidade) estavam sendo difundidos pelo Iluminismo. Portanto, a reclusão do/a doente mental no asilo, sob a justificativa de se preservar a segurança da coletividade, gerou uma contradição com os princípios apregoados de liberdade, igualdade e fraternidade. Louzã-Neto et al (1995) refere que Michel Foucault considerou o surgimento da psiquiatria pela perspectiva de que a sociedade estava exercendo um papel alienante sobre o indivíduo e que usava a identificação do ser alienado para se desembaraçar de todos os transviados que ofendessem a moral e a razão em vigor. Segundo Serrano (1998, p.7), “foi entre os arroubos humanistas que se convencionou ser a instituição total, o macro-hospital, o lugar onde a doença iria habitar ou esconder-se”. A doença mental passa a ser tratada em grandes instituições, construídas, em geral, pelo Estado para manter o espaço urbano “limpo” distante dos indesejáveis.

Os macro-hospitais e manicômios, de acordo com Dias (1997), fazem parte de uma política de assistência em saúde mental e estão legitimados pelo saber técnico-científico. No entanto, as críticas a este modelo de assistência foram tomando consistência após a Segunda Guerra Mundial. Médico/as e enfermeiros/as, que foram prisioneiros/as de campos de concentração nazistas, questionaram criticamente sua participação em

instituições psiquiátricas e perceberam a ocorrência nestes locais de discriminações tão desumanas quanto as que haviam sofrido.

Algumas modificações e propostas terapêuticas passaram a surgir no início da década de 50 e, na Inglaterra, surge a Comunidade Terapêutica, com Maxwell Jones, que se caracterizava pela filosofia baseada na democracia das relações. Esta proposta enfatizou a participação de todos na organização das atividades, na administração do hospital e aspecto terapêutico através da realização de reuniões e assembleias gerais. Na França, com Tosquelles, surge a Psicoterapia Institucional com a finalidade de restaurar o aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico, que com o passar do tempo tornou-se um local de violência e repressão.

A Psiquiatria de Setor, surgida também na França anteriormente à Psicoterapia Institucional, faz com que o/a paciente realize o tratamento na sua própria comunidade, em seu meio social, e a internação passa a ser uma etapa do tratamento. O próprio hospital era submetido a uma divisão por setores respectivos às regiões da comunidade em que os/as pacientes eram atendidos/as.

Nos Estados Unidos surge a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, que recebe influência dos trabalhos de Caplan, na década de 60, durante a gestão do Presidente Kennedy. A Psiquiatria Comunitária tinha por objetivo intervir nas causas do surgimento das doenças, buscando a prevenção da doença mental e a promoção da saúde mental. A saúde mental era considerada sinônimo de boa adaptação, entendida como capacidade do indivíduo se integrar aos grupos (Belmonte et al, 1998). Com o objetivo de reduzir os gastos com hospitais psiquiátricos inicia-se, em 1963, uma política de desospitalização do/a doente mental nos Estados Unidos (Bandeira, 1991).

Contudo, estas abordagens não questionavam a competência da psiquiatria para tratar a doença mental, como as propostas que surgiram na Inglaterra e na Itália. Na Inglaterra, na mesma época surge a antipsiquiatria, na qual Capra (1988) cita expoentes como R. D. Laing, David Cooper e Thomas Szasz, que concebem a loucura como um fato social, político e até mesmo como uma forma de libertação do ser humano frente a situações insuportáveis e criticam a psiquiatria institucional. Laing, por exemplo, refere

que os psiquiatras não vêem a história natural de seus/suas pacientes que se encontram contidos/as quimicamente pelos psicofármacos.

Por sua vez, a Psiquiatria Democrática Italiana, no final da década de 60, defende a concepção de que a loucura diz respeito ao ser humano, à família e à sociedade. Considera que ao ser classificado como doente mental, este perde as suas referências sociais e culturais, e por isso busca preservar a riqueza e a complexidade do ser humano no tratamento. Além disso, concebe o hospital psiquiátrico como local de repressão e sofrimento e não como um lugar de cuidado e assistência. Franco Basaglia foi o idealizador desse movimento, desenvolvendo um processo de abertura e desmontagem do Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste, resultando em novos espaços para tratamento do/a paciente psiquiátrico e com isso foram criados centros de Saúde Mental em cada área da cidade, com capacidade para atender a demanda da sua região, com espaços abertos e funcionando vinte e quatro horas por dia. Com esta mesma perspectiva foram criadas residências para pessoas que, por vários motivos, não podiam mais permanecer com suas famílias, formando grupos acompanhados por integrantes da equipe de saúde. Também foram criadas Cooperativas de Trabalho em que a produção artística, intelectual e de prestação de serviços participavam da dinâmica da cidade, possibilitando a inserção social do/a doente mental. A filosofia da Psiquiatria Democrática Italiana influenciou fortemente o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Aspectos Históricos da Assistência Psiquiátrica e do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil

A prática psiquiátrica no Brasil foi instituída em 1852, com a instalação de um asilo exclusivo para alienados, o Hospício Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro. O decreto da fundação desse asilo deu-se dez anos antes, tendo sido motivado por exigência dos comerciantes que não mais queriam os/as “loucos/as” andando pelas ruas, bem como pela recém-criada sociedade médica do Brasil, influenciada por Pinel. O objetivo era separar os/as loucos/as dos/as demais internos/as das Santas Casas de Misericórdia, com vistas a lhes proporcionar um tratamento mais condizente com a dignidade humana, uma vez que, até então, os/as doentes eram recolhidos/as nos porões daquelas instituições, eram

vigiados/as por guardas e carcereiros, tendo seus delírios e alucinações contidos pela amarração nos troncos e por maus-tratos físicos (Resende, 1994).

As proposições que justificavam a instituição psiquiátrica eram contraditórias, pois ao mesmo tempo continham uma orientação prioritariamente social, ao excluir o/a perturbador/a da ordem, preservar e manter a segurança dos cidadãos e uma indicação clínica com a intenção de curar os/as doentes mentais (Resende, 1994).

No entanto, a psiquiatria científica teve início apenas no começo do século XX, com o médico Juliano Moreira na direção da Assistência a Alienados do governo de Rodrigues Alves, que aprimorou o modelo de psiquiatria existente. O Hospício Pedro II passa a ser chamado de Hospício Nacional dos Alienados, estruturando-se conforme o modelo médico em decorrência da inclusão da disciplina de psiquiatria na formação básica de medicina. A fundação de hospitais-colônias foi reproduzida nos demais estados do Brasil, o que, segundo Teixeira (1993), permitiu que a psiquiatria cumprisse o papel designado pelo Estado de retirar do espaço público os/as indesejáveis e o de tentar curar a loucura. A criação dos hospitais-colônias implicou na ampliação da importância social e política da psiquiatria, uma ciência que emergiu e atualizou seu compromisso de acordo com a realidade do contexto sócio-histórico da modernidade, fato que serviu para neutralizar parcialmente as críticas até então proferidas ao asilo tradicional (Amarante, 1995).

Com o advento dos medicamentos antipsicóticos e antidepressivos, a partir dos anos 50, muitos dos sintomas do desajuste mental dos/as doentes passaram a ser controlados, reforçando o modelo biomédico. Nesta década, a assistência psiquiátrica também passou a ser incorporada pelo sistema previdenciário brasileiro, apesar das dificuldades da psiquiatria em mostrar sua eficiência e do estado deplorável dos hospitais psiquiátricos públicos, que além de não abrigarem adequadamente os/as doentes, também não os/as curavam (Amarante 1995).

No Brasil o discurso preventivista, ocasionou, segundo Santos (1994), a construção de mais hospitais psiquiátricos e a sua manutenção orçamentária pela Previdência Social. Assim, a população internada no País, que no início da década de 60 era de 49.173 pacientes, ao final desta década estava próxima dos 75.000. O mesmo autor considera que

os elementos responsáveis por esse fato foram: o crescimento da população; a má distribuição de renda; e os novos princípios do saber em psiquiatria, a psiquiatria comunitária ou preventiva.

Sob influência do preventivismo, ainda na década de 70, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) passou a ser denominado de Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). O modelo de tratamento psiquiátrico centrado no asilamento, que antes era objeto da crítica solitária de alguns setores da psiquiatria, passou a ser condenado também através dos documentos oficiais e das denúncias dos/as trabalhadores/as de saúde mental e de outros setores da sociedade civil.

Dessa forma, surgiu nos anos 80 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que, entre outras ações, incentivou o debate sobre a desinstitucionalização no âmbito das políticas de saúde mental. Nesta década, os movimentos sociais, com a abertura política, ganharam força no Brasil e passaram a exigir os direitos de cidadania e melhores condições de vida para a população de modo geral, incluindo os/as doentes mentais. Com isso, na I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, no Rio de Janeiro, surgiu o esboço da Reforma Psiquiátrica Brasileira, centrada no resgate da cidadania do/a doente mental e vinculada ao movimento de reforma sanitária em andamento (Amarante, 1995).

Em consonância com os anseios dos movimentos sociais que passaram a surgir e principalmente com a preocupação com o/a doente mental, em 1989, o deputado federal Paulo Delgado elaborou o Projeto de Lei n.º 3.657, regulamentando a internação psiquiátrica compulsória e dispondo sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, como as pensões protegidas, hospitais-dia e hospitais-noite. As metas da reforma eram reverter a tendência de hospitalização, com a implantação de um sistema extra-hospitalar e multiprofissional de assistência; evitar a implantação de novos hospitais psiquiátricos e o credenciamento de novos leitos; reduzir progressivamente esses serviços, através de sua substituição por leitos psiquiátricos em hospitais gerais e promover a saúde mental integrada a outros programas de saúde, movimentos sociais e instituições.

Em relação à comunidade internacional, a Declaração de Caracas (OPS/OMS, 1990) deliberou que a assistência em saúde mental deveria salvaguardar a dignidade da pessoa e

os direitos humanos e sociais, sendo que as legislações dos países deveriam ser revistas para que assegurassem o respeito aos direitos humanos e civis do/a doente mental.

No ano de 1992 foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília, a qual representou um marco na reestruturação psiquiátrica no País. Diversos setores da sociedade, como as universidades, as organizações profissionais e as associações de doentes mentais estiveram presentes e discutiram temas como a desinstitucionalização, a rede de atenção em saúde mental, a transformação e o cumprimento das leis pertinentes ao assunto, o direito à atenção e o direito à cidadania dos/as doentes mentais (Desviat, 1995).

Dessa forma, alguns Estados, como o Rio Grande do Sul, Paraná, Ceará, Minas Gerais, o Rio Grande do Norte, além do Distrito Federal, promulgaram leis dispendo sobre a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental.

Em Santa Catarina, no ano de 1995, foi apresentado um projeto de lei pelo então deputado estadual João Henrique Blasi, disciplinando a proteção e os direitos dos/as portadores/as de transtornos mentais, buscando estruturar e aperfeiçoar a assistência psiquiátrica e seus serviços, além de regulamentar a internação voluntária, involuntária e compulsória. Esse projeto já foi aprovado pela Comissão de Constituição e Justiça, faltando ainda a discussão e votação em plenário bem como a posterior promulgação (Fenili, 1999).

Dias (1997, p.25) relaciona como objetivos da desinstitucionalização:

“eliminar os meios de contenção, restabelecer a relação do indivíduo com o seu próprio corpo, reconstruir o direito e a capacidade de uso de objetos pessoais, reconstruir o direito e a capacidade de palavra, abrir as portas, produzir relações, espaços e objetos de interlocução, liberar sentimentos, restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas judiciais e o estatuto da periculosidade, reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais”.

Hoje em dia a Saúde Mental é considerada como um fenômeno complexo, determinado por diferentes fatores, como o político, o ambiental, o antropológico, o sociológico, o psicológico e o biológico. Tal fenômeno exige ações interdisciplinares e não somente intervenções médico-sanitárias. No mesmo sentido, o objetivo da Reforma é

entendido como a necessidade de modificar as relações que as pessoas, as instituições e a própria sociedade criaram, com o passar dos tempos, com a doença e o/a doente mental, com vistas a romper os preconceitos, a exclusão e o desprezo a essas pessoas (Fraga, 1998). Nesta perspectiva, a reforma psiquiátrica em Santa Catarina reflete as tendências nacionais, as quais, por sua vez, são influenciadas pelo cenário internacional, como mostro a seguir.

Aspectos da Psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica em Santa Catarina

Em Santa Catarina o primeiro hospital psiquiátrico público foi inaugurado em 1941, com a denominação de Hospital Colônia Sant'Ana, em conformidade com a política do recém-criado Serviço Nacional de Doença Mental. A partir de 1995 recebeu nova denominação, passando a ser chamado de Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPQ). Teixeira (1993) considera que a história do Hospital se confunde com a própria história da psiquiatria em nosso Estado. Sua finalidade era a de ser um estabelecimento que reunisse os/as doentes mentais, denominados/as, à época, de psicopatas, com vistas a proporcionar-lhes os tratamentos mais modernos utilizados pela psiquiatria, á época. Seus primeiros 311 internos/as vieram dos hospícios de Brusque e de Joinville, que a partir desse fato tiveram suas atividades encerradas. Já em sua inauguração, o Hospital mostrou uma tendência à superpopulação, sendo internados/as 11 pacientes psiquiátricos a mais do que a capacidade de leitos (Santos, 1994).

No ano anterior ao da fundação do Hospital Colônia Sant'Ana (atual IPQ) foi criado o Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado, com o objetivo de assistir e tratar os/as doentes mentais, proporcionando-lhes amparo e proteção médico-legal. Do mesmo modo, também competia ao órgão o atendimento às crianças consideradas anormais, além de promover ações de higiene e profilaxia junto à sociedade catarinense.

No decorrer dos anos, Santa Catarina desenvolveu sua política de Saúde Mental de acordo com a política adotada nacionalmente, focada em um modelo de gestão asilar da loucura, que promovia a reclusão dos/as doentes mentais, aliado às terapêuticas implementadas pela psiquiatria. Esses fatores implicaram no aumento da população internada no Hospital Colônia Sant'Ana, sendo que em 1967 haviam 1.773 pacientes

internados/as. Ainda na década de 60 foram criados o Manicômio Judiciário (da Secretaria da Justiça), em Florianópolis, e três hospitais psiquiátricos privados: a Casa de Saúde Rio Maina, em Criciúma; o Instituto São José Ltda., em São José; e a Clínica Nossa Senhora da Saúde, em Joinville (Santos, 1994).

Somente a partir da década de 70, com a criação da Seção de Saúde Mental do Departamento Autônomo de Saúde Pública, é que o Hospital Colônia Sant'Ana passou a promover medidas para diminuir as internações e manter os/as doentes mentais em suas localidades de origem. Cabe ressaltar que essas ações também estavam pautadas nas orientações do Ministério da Saúde. Entre essas medidas, destacavam-se a capacitação e reciclagem de recursos humanos; a recuperação da área física do hospital, a contratação de equipes multidisciplinares constituídas por psiquiatras, psicólogos/as, enfermeiros/as, assistentes sociais e acadêmicos/as de medicina, proporcionando uma nova orientação terapêutica (Santos, 1994).

Neste período foram criados 12 ambulatórios de Saúde Mental em pólos regionais do interior do Estado, mas somente em 1970 passaram a contar com enfermeiros/as e assistentes sociais para a formação de suas equipes multiprofissionais (Santos, 1994). Como resultado, essas medidas acarretaram na extinção das celas e a libertação dos/as pacientes psiquiátricos/as que aí se encontravam, na criação de uma unidade de emergência (extinta em 1990) e de uma clínica médica, na alta hospitalar para metade dos/as internos/as, cerca de 1.070, na eliminação dos choques cardiazólicos e insulínicos e na redução do eletroconvulsoterapia, prática abolida na década de 80 (Serrano, 1998).

Ao refletir sobre a evolução da política de saúde mental no Estado de Santa Catarina, Santos (1994) considera que até 1987 ela foi caracterizada pela pretensão de cura, obtenção do lucro, segregação ou exclusão social e conseqüente perda da cidadania do/a paciente psiquiátrico/a.

Em 1995 iniciou-se a mais recente remodelação do Hospital Colônia Sant'Ana, também com o intuito de cumprir as exigências do Ministério da Saúde, a qual implicou na reforma de algumas áreas físicas e na transformação do Hospital Colônia Sant'Ana no Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina e no Centro de Convivências Sant'Ana (Serrano, 1998).

O Instituto de Psiquiatria possui 140 leitos para internação de pacientes psiquiátricos em crise, sendo 38 leitos para portadores de complicações psiquiátricas pelo abuso de substância psicoativa e mais uma Unidade de Clínica Médica de 20 leitos para os pacientes com intercorrências clínicas. As unidades de internação têm equipes de saúde multidisciplinar composta por médicos/as, enfermeiros/as, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo/a, técnicos/as e auxiliares de enfermagem, que vêm ao longo dos anos buscando trabalhar interdisciplinarmente. A média de permanência dos/as pacientes nas unidades de internação é inferior a 30 dias, sendo que há constantemente uma média entre 10 a 20% de pacientes internados/as excedendo a sua capacidade de leitos. As internações involuntárias são uma constante como também as sob tutelas judiciais.

O Centro de Convivências abriga os pacientes psiquiátricos que se encontravam com mais de cinco anos ininterruptos sem alta hospitalar, quando da sua criação, os quais representam, atualmente, cerca de quatrocentos internos/as. Esses/as internos/as encontram-se abrigados/as em três enfermarias femininas e quatro enfermarias masculinas. Essa situação de asilamento é decorrência não só das políticas de saúde mental, anteriormente aplicadas, mas também da deficiência atual de alternativas de tratamento junto a suas famílias e/ou comunidades.

O Centro de Convivências mantém um programa para resgate do exercício da cidadania, iniciado na década de 80, no antigo Hospital Colônia Sant'Ana, do qual participam atualmente mais de 80 pacientes asilares, constituído de duas pensões protegidas, de uma Unidade de Gestão Participativa e do Projeto Ana Tereza.

Por ocasião da alta hospitalar, o encaminhamento do/a paciente para o tratamento próximo ao seu domicílio é dificultado muitas vezes pela inexistência de atendimento à saúde mental em seu município de origem, redundando muitas vezes em reinternações que poderiam ser evitadas. Junte-se a isto a inexistência, em nosso Estado, de um serviço alternativo de saúde mental que fique à disposição da população durante as vinte e quatro horas do dia.

De acordo com Fenili (1999), as transformações estão se concretizando em ritmo muito lento e o/a paciente que necessita suporte costuma ficar à mercê do sistema de saúde, enquanto a comunidade não estiver estruturada para proporcionar um espaço de tratamento

alternativo ao hospital que possa acolhê-lo/a. Mesmo neste ritmo, podemos afirmar com Serrano (1998) que o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, herdeiro da estrutura da antiga Colônia, caminha para transformar-se em um hospital pequeno e rotativo na década de 2001 a 2010.

Face às transformações no cuidado à saúde do/a doente mental, decorrentes da reforma, os/as profissionais de enfermagem psiquiátrica se deparam com desafios que determinarão, sem sombra de dúvida, novas perspectivas de ação na área em questão, como veremos a seguir.

Uma Breve Revisão sobre Enfermagem Psiquiátrica

No Brasil, a Enfermagem, como embrião de uma profissão, surgiu efetivamente a partir da transformação do Hospício Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, em Hospício Nacional de Alienados, em 1890. A nova administração do hospício foi assumida por médicos que dispensaram os serviços das irmãs de caridade. Com a saída das irmãs, os médicos organizaram uma escola de formação de enfermagem para preparar guardas e serviçais do hospício para uma atividade profissional específica, inexistente no País, mas já estruturada na França e Inglaterra. Assim, a primeira “Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras” foi criada pelo Decreto n.º 791, de 27 de setembro de 1890, com a finalidade de preparar pessoas para trabalharem nos hospícios e hospitais civis e militares (Pires, 1989).

O curso era ministrado por médicos, auxiliados por “internos e inspetores” nos momentos das visitas às enfermarias. Para ser admitido/a como aluno/a era necessário ser maior de 18 anos, saber ler e escrever corretamente, possuir noções de aritmética elementar e apresentar atestado de bons costumes. Durante 30 anos essa escola foi a única do País, e somente em 1922 foi criada a primeira Escola de Enfermagem, nos moldes nightingaleanos. O exercício profissional da enfermagem teve sua consolidação em 1931, em razão do Decreto n.º 20.109, que tornou a Escola de Enfermeiras Anna Nery na escola padrão, à qual as demais escolas de enfermeiras diplomadas deveriam ser equiparadas (Pires, 1989).

Portanto, é a partir daquele ano que a enfermagem, no Brasil, passou a produzir e

sistematizar seus conhecimentos e estabelecer as normas de seu exercício profissional. Porém, a especificidade de enfermagem em psiquiatria, que continuava à revelia do ensino formal, só foi inserida nos currículos de alguns cursos de enfermagem em 1941 (Tavares, 1997). Essa inserção se fez de acordo com o pensamento dessa especialidade à época, de que não havia cura sem isolamento, que a doença mental não se tratava com liberdade, mas com disciplina no interior dos hospícios, com ênfase no confinamento e na vigilância.

Dessa maneira, a prática de enfermagem psiquiátrica foi sendo determinada através do policiamento, controle, reeducação dos hábitos alimentares, higiênicos, sono e repouso, da administração de medicamentos (insulina e reserpina), além do auxílio na aplicação da eletroconvulsoterapia. Em 1949, o ensino da enfermagem psiquiátrica tornou-se obrigatório nos cursos de graduação, no entanto, nos hospícios, a assistência de enfermagem continuava sendo exercida predominantemente por práticos/as e pessoas laicas (Tavares, 1999).

Neste sentido, Rocha (1994) considerou que a desvalorização do/a louco/a pela sociedade influenciou para que “os/as trabalhadores/as de enfermagem” na área da psiquiatria não tivessem formação, e assim pessoas de outras áreas do hospital, como os guardas, eram transferidas para o setor de enfermagem sem muitas exigências.

O currículo mínimo de enfermagem, em decorrência da Lei n.º 4.024/61 de diretrizes e bases da Educação Nacional, passou de quatro para três anos e foram retirados os conteúdos de saúde pública, mas mantidos os de enfermagem psiquiátrica voltada para o plano biológico da doença mental com predomínio da assistência no âmbito hospitalar. Dessa forma, Tavares (1999) corrobora o que outras autoras como Rocha (1994), Fraga (1993) e Belmonte et al (1998) afirmaram, que, ao inserir em sua prática o paradigma biologicista, a enfermagem limitou-se historicamente a vigiar o comportamento do/a paciente e a manter o controle e a disciplina da doença e da ordem institucional. Tornou-se, portanto, cúmplice da exclusão social do/a louco/a, exercendo funções de supervisão de administração de psicofármacos e disciplinando o ambiente institucional através do controle do comportamento do/a paciente e do pessoal de enfermagem, apoiada pela sua posição na hierarquia institucional.

Fraga (1993) considera que a enfermagem, no campo da psiquiatria, tem se mantido tão alienada e subordinada quanto os/as próprios/as pacientes, tendo sua ação orientada

para a prestação de contas aos/as médicos/as e para a direção hospitalar, e não para a prestação de cuidados qualificados aos/às pacientes. Dessa forma, a autora citada transpõe para a enfermagem psiquiátrica o mesmo tipo de conduta que acompanha os/as demais enfermeiros/as das outras especialidades em relação à posição de submissão às ordens e determinações médicas. Além disso, por força exclusiva do sistema capitalista, o/a enfermeiro/a foi deslocado/a do cuidado direto aos/às pacientes para uma função de direção e controle dos/as demais trabalhadores/as de enfermagem que efetivamente mantêm esse cuidado (Nakamae, 1987).

Os/as enfermeiros/as, técnicos/as e auxiliares de enfermagem vinham recebendo uma formação mais voltada para o referencial biológico da doença. As questões relativas ao treinamento de habilidades específicas, à execução de programas previamente definidos, à sistematização de rotinas e procedimentos são priorizadas em detrimento do saber que emerge das relações interpessoais. Neste sentido, Tavares (1999) considera que é possivelmente devido à falta de preparo profissional que as enfermeiras que atuam na psiquiatria vêm priorizando suas funções burocráticas em relação às suas funções terapêuticas.

Rocha (1994) refere que o papel do/a enfermeiro/a psiquiátrico/a tem sido definido como o de agente terapêutico, sendo que a base desta terapia é o relacionamento estabelecido com o/a paciente, a partir da compreensão do significado do seu comportamento. Face às propostas transformadoras da reforma psiquiátrica, está colocado um desafio aos/às trabalhadores/as em saúde mental, principalmente aos/às trabalhadores/as de enfermagem quanto à sua atuação, sendo que a transdisciplinariedade é uma das possíveis formas que já vem surtindo efeitos positivos no cuidado aos/às pacientes. O/a enfermeiro/a psiquiátrico/a, a despeito de suas dificuldades para realizar o cuidado direto ao/à paciente nos hospitais, tem participado e promovido muitas destas transformações. Faço essa afirmação baseada em minha própria vivência ao longo de treze anos de trabalho dentro de um hospital psiquiátrico, quando junto aos/às demais colegas enfermeiros/as, da equipe de enfermagem e dos membros da equipe multidisciplinar, temos nos empenhando em modificar as relações existentes, pautando nossa prática na preservação da humanidade de todos os que lá convivem, pacientes e trabalhadores/as, bem como de seus direitos.

Ao final dos anos 90 e início do novo século os conceitos que predominam na enfermagem psiquiátrica estão mais identificados com a psiquiatria social e enfatizam o relacionamento interpessoal, o ambiente terapêutico e a interação com o/a paciente, a família e a comunidade. Travelbee (1979), que em 1966 elaborou a Teoria da Relação Interpessoal, considerou que o ser humano é provido de unicidade, capaz de enfrentamentos, de dar significado ao cuidado e ter empatia e simpatia, e que cabe à enfermagem ajudar o indivíduo a encontrar significado na experiência do sofrimento e doença.

Irving (1979) conceituou enfermagem psiquiátrica como um processo de comunicação humana que envolve o inter-relacionamento enfermeiro/a e paciente, individualmente ou em grupo, em um ambiente terapêutico, enquanto Taylor (1992, p.55) a define como um *“processo em que a/o enfermeira/o auxilia as pessoas individualmente ou em grupos, a desenvolverem um autoconceito mais positivo, um padrão mais gratificante de relacionamentos interpessoais e um papel mais satisfatório na sociedade”*. Por sua vez, Paula (1991, p.19) considera a enfermagem psiquiátrica como um *“processo interpessoal pelo qual o enfermeiro assiste o ser humano em suas necessidades humanas básicas”*.

Podemos constatar que o processo interpessoal se constitui em um dos fundamentos da enfermagem psiquiátrica, tornando possível a manifestação do cuidado. Dessa forma, considero que o saber sobre o cuidado é importante para que a enfermagem psiquiátrica exerça uma função terapêutica junto aos/às pacientes como também para lhe conferir autonomia profissional. Além disso, viabiliza ao/a enfermeiro/a exercer sua profissão, considerando o ser humano em sua unicidade e diversidade, em uma perspectiva de totalidade do ser. Finalizando, concordo com Fraga (1998, p.277) quando afirma que

*“nunca é demais lembrar que nenhum avanço significativo se conseguirá para a enfermagem ou a enfermagem psiquiátrica se paralelamente não ocorrerem avanços significativos nas condições de vida e de saúde da população e se não ocorrerem avanços democráticos traduzidos em maiores conquistas quanto a direitos sociais”*³²⁹.

Concepções Teórico-Filosóficas do Cuidado de Enfermagem

Os seres humanos sempre desenvolveram o cuidado em seu trajeto histórico. As mulheres, em geral, tiveram um papel fundamental, pois em diversas culturas foram as responsáveis por cuidar das crianças, dos seres debilitados e dos idosos. Segundo Collière (1989), as práticas de cuidado realizadas em diferentes culturas podem ser consideradas como precursoras do cuidado de enfermagem. É através dos trabalhos de Florence Nightingale, primeira organizadora do saber sobre a arte de cuidar, que surge a Enfermagem Moderna, ou seja, a enfermagem praticada com base em métodos científicos. Seus estudos foram sistematizados na Inglaterra do século XIX, dentro de uma instituição hospitalar.

Silva (1995) interpreta que a natureza do saber científico de Nightingale tem bases profundamente humanísticas e que o foco desse saber baseia-se no cuidado de enfermagem ao ser humano e em sua inter-relação com o meio ambiente. Atualmente, o foco da disciplina de enfermagem vem ao encontro de suas raízes históricas, resgatando, conforme apontam as teóricas Newmann, Sime & Corcoran-Perry (1991), o cuidado na experiência de saúde humana.

Durante a fase nightingaleana, as ações de enfermagem expressavam o cuidado numa visão holística do ser humano. Ações que, já naquela época, iam além do contexto hospitalar, considerando também o contexto social, político e ecológico. As dimensões desse saber são a ciência de base empírica e a arte, na qual aparecem valorizadas a estética, a intuição e a criatividade, o que contribui para uma abordagem humana da enfermagem, através da integração entre o pensar e o sentir (Silva, 1995).

Segundo Silva (1995) a enfermagem distancia-se desta primeira fase ao procurar se sedimentar como ciência, e aproxima-se do modelo biomédico, que segue a visão cartesiana, adotada pela medicina. Nesta segunda fase, o cuidado é desvalorizado e a ênfase é direcionada para as ciências biológicas. O saber da enfermagem se instrumentaliza com as técnicas de enfermagem fundamentadas nas ciências físicas, químicas e biológicas, formando um corpo de conhecimentos teóricos para a profissão.

Posteriormente, a enfermagem retoma as suas bases e avança no seu processo de conhecimento, rumando para o que se constitui sua terceira fase de desenvolvimento

(Silva, 1997b). Resgata, dessa maneira, o saber nittingaleano, na segunda metade do século XX, através dos estudos de Leininger que percebe que a enfermagem, mergulhada como estava no modelo biomédico, havia se distanciado da sua razão de ser: o cuidado ao ser humano na sua totalidade (Silva, 1997b). Para Leininger (1991), o cuidado é o foco distinto, dominante e unificador da enfermagem. A autora ficou, por cerca de duas décadas, solitária em suas pesquisas, uma vez que a maioria dos/as pesquisadores/as em enfermagem, na época, estavam tão impregnados/as do modelo biomédico, priorizando a cura. Assim, o cuidado permaneceu invisível, desvalorizado, sendo inclusive considerado por alguns/mas deles/as como um fenômeno impossível de ser estudado (Silva, 1997b).

Contudo, a partir de 1978, o cuidado, considerado em suas dimensões humanísticas, científica, ética e moral, começa a despertar o interesse de enfermeiros/as norte-americanos/as (Leininger, 1991). Dessa forma, surgem a realização de estudos e o desenvolvimento de teorias na área do cuidado, entre as quais se destacam a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Leininger, e a Teoria do Cuidado Transpessoal, de Watson (Silva, 1997b). É criada nos Estados Unidos a Associação Internacional para o Cuidado Humano (*International Association for Human Caring – I.A.H.C.*), dentro do paradigma holístico.

Essa associação teve, desde o seu surgimento, o propósito central de servir de foro de estudos para enfermeiros/as, com o intuito de promover e aprimorar o conhecimento do cuidar/cuidado no campo da enfermagem. Dentre seus objetivos, podem ser citados: o de elaborar um corpo de conhecimentos em enfermagem sobre o cuidar/cuidado, determinando as dimensões filosóficas e profissionais; o de auxiliar as outras disciplinas a usarem esses conhecimentos nas relações humanas; e o de estimular internacionalmente pesquisas e estudos sobre o cuidar/cuidado, divulgando seus resultados através de publicações e encontros entre os/as enfermeiros/as (Waldow, 1995).

O desenvolvimento desses estudos expandiu-se para outros países, como Austrália, Canadá, países da Europa e da Escandinávia, no final dos anos 80. No Brasil, essa abordagem sobre o cuidar/cuidado é ainda mais recente e foi a partir de 1992 que as pesquisadoras Neves & Silva (1998) passaram a difundi-lo, com a criação do Programa Integrado de Pesquisa Cuidando-Confortando, em 1993.

Dentre as abordagens teórico-filosóficas do cuidado, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Leininger e a Teoria do Cuidado Humano de Watson têm inspirado e dado origem a novos modelos e proposições teóricas de cuidado em enfermagem em todo o mundo. Apresento, a seguir, de forma resumida, alguns aspectos destas teorias, iniciando com a de Leininger (1991), em que os conceitos profissionais de cuidar/cuidado são:

**Cuidado (substantivo) refere-se ao fenômeno concreto ou abstrato, relacionado aos atos de assistência, de apoio ou capacitação para ou por outros com necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de melhorar a condição ou modo de vida humana ou para se defrontar com a morte.*

Cuidar (verbo) refere-se às ações e atividades com vistas a assistir, apoiar ou capacitar indivíduos ou grupos com necessidades evidentes ou antecipadas a fim de melhorar a condição ou modo de vida humana ou para se defrontar com a morte (Leininger, 1991, p.46).

Leininger (1991) identificou também o cuidar/cuidado genérico como sendo o realizado de forma natural, folclórica ou caseira pelas diversas culturas existentes na Terra. A Teoria do Cuidado Cultural tem como proposição a investigação de diversidades e universalidades em relação à cultura e outras dimensões dos seres, para possibilitar uma abordagem apropriada de prover cuidar/cuidado. Isso permite aos seres a manutenção e o resgate de seu bem-estar e saúde, ou o enfrentamento da morte conforme seus costumes (Waldow, 1995).

Watson (1988) desenvolveu a Teoria do Cuidado Humano a partir de 1979. Dessa forma, define o cuidado como o ideal moral da enfermagem, tendo como objetivo final a proteção, o engrandecimento e a preservação da dignidade humana. Watson (1988) considera que as abordagens tanto da ciência quanto do humanismo podem contribuir para a enfermagem e serem enfatizadas de acordo com nossos sistemas de valores. Para esta autora o cuidado é um valor humano que entrelaça o desejo de cuidar, as suas ações, o seu conhecimento e as suas conseqüências.

Os pressupostos básicos dessa teoria são: 1) o cuidado acontece realmente quando demonstrado e praticado somente de forma interpessoal; 2) o cuidado implica em aceitação do ser na sua forma de ser e no seu devir; 3) o meio ambiente do cuidado promove o crescimento pessoal do ser, de suas capacidades, e lhe possibilita a escolha da melhor

forma de ação para si, em um determinado tempo; 4) o cuidado refere-se mais à saúde do que à cura, sendo que sua prática deve ser o foco central da enfermagem (Watson, 1988).

Watson (1988) propôs uma série de fatores (*carative factors*) para serem instrumentos dos/as enfermeiros/as na intervenção relacionada ao processo de cuidado humano, sendo eles: 1) desenvolvimento de um sistema de valores humanísticos e altruísticos; 2) fé e esperança; 3) desenvolvimento de sensibilidade para o próprio *self* e para o *self* dos outros seres; 4) estabelecimento de uma relação de ajuda; 5) permissão para a expressão de sentimentos negativos e positivos; 6) processo de cuidado criativo na resolução de problemas; 7) criação de processo de ensino-aprendizagem transpessoal; 8) meio ambiente que possibilite apoio, proteção e ajuda aos níveis físico, mental, social e espiritual; 9) assistência para as necessidades humanas básicas; 10) aceitação de forças existenciais fenomenológicas e espirituais. Estes fatores acontecem, segundo Watson (1988), na inter-relação entre as pessoas, quando a enfermeira percebe o mundo subjetivo do outro ser e permite a união de seus campos fenomenológicos, decorrendo daí a decisão de ambos os seres, paciente e enfermeira.

As investigações sobre o cuidado têm se multiplicado e diversos/as pesquisadores/as vêm contribuindo de forma crescente com seus estudos no esclarecimento desse fenômeno. Nesse sentido, dentro de uma perspectiva ontológica, Roach (1993) considera o cuidar/cuidado como uma expressão de humanidade, essencial para o desenvolvimento e realização dos seres humanos. A autora entende que o cuidar/cuidado não é a característica única da enfermagem, mas se constitui em seu conceito genuíno, tornando-a uma profissão de ajuda. Além disso, caracteriza cuidado como compaixão – envolvendo convivência em solidariedade com a condição humana nas alegrias, tristezas, dores e realizações; como competência – envolvendo o conhecer, o julgamento, as habilidades, a energia, a experiência e a motivação para exercer com responsabilidade a profissão, sendo que esta deve, necessariamente, estar ligada à compaixão; como confiança – envolvendo tranquilidade e segurança nas relações de cuidado; como consciência – sendo um estado de conhecimento moral que envolve o poder espiritual de afetividade; e como comprometimento – envolvendo a convergência entre desejos e obrigações e também o agir deliberadamente em concordância com essa convergência.

Já Kreuter (1957), em seus estudos, afirma que o ser humano expressa o cuidado através do afeto, da presença, do assistir e proteger, considerando as reações do outro de acordo com as suas necessidades e tendo compaixão. Essa autora considera “bom cuidado” somente o cuidado direto. Collière (1989), por sua vez, relaciona o cuidado com a mobilização de energia existente no ser que vive, potencializando a vida. O cuidado e a maneira de cuidar podem aumentar ou reduzir o poder de existir, de desvelar o mundo, de significá-lo, de estar aí no mundo. Pode então levar o ser a mobilizar suas energias e se desenvolver, ou levá-lo a imobilizar-se o impedindo de utilizar o seu potencial.

Quanto à abordagem das ações de cuidado e não-cuidado, Waldow (1995) faz referências de algumas autoras que tratam deste tema. São elas: Brown, Halldórsdóttir, Riemen, Shewood, e Valentine, que em seus estudos identificam ações, comportamentos e atitudes tanto de bem cuidado como de não-cuidado. Neste sentido, Halldórsdóttir (1991) relaciona cinco ações na relação de cuidado “enfermeira/ser cuidado” que interferem no modo de percepção e resposta do ser a este cuidado, afetando também a capacidade de ser pessoa. Essas ações de ser em enfermagem são consideradas como:

Modo biocídio, que se caracteriza por atitudes consideradas desumanas e pela transferência de energia negativa, em que o outro é despersonalizado e tem sua vulnerabilidade aumentada, com conseqüente aumento da intensidade e do sofrimento. Esta experiência é marcante para o indivíduo que se sente desvalorizado, ameaçado, e pode trazer conseqüências para sua vida futura.

Modo bioestático envolve uma atitude de não-comprometimento com o paciente por parte da enfermeira, aparenta insensibilidade e os pacientes evitam chamar por ajuda.

Modo biopassivo, em que o envolvimento no cuidar não está presente, gerando um sentimento de solidão no ser cuidado, que percebe uma preocupação com rotinas e tarefas por parte da enfermeira e indiferença em relação a si.

Modo bioativo, no qual a benevolência está presente no modo de ser com o outro, assim como a disposição, a atenção genuína, o ocupar-se de, a consideração e a afeição. Há respeito e consideração pelo outro, que reconhece a habilidade da enfermeira no desempenho de suas atividades e o seu compromisso com a dignidade e a integridade

peçoal dos seres cuidados. Esse cuidado é considerado por Halldórsdóttir como sendo o cuidado profissional de enfermagem.

Modo biogênico de ser com o outro, no qual a presença de vida-doação surge de um sentimento de confiança, embasado em uma relação de proximidade entre enfermeira e ser cuidado. Este cuidado promove uma abertura em que a transferência de energia positiva afeta o outro ser de forma profunda, envolvendo crescimento, esperança e amor. Permite a expressão da consciência e desenvolve a liberdade espiritual. Mantém a individualidade e o respeito do ser, confirmando sua dignidade. Para Halldórsdóttir, esse é o verdadeiro modo humano de ser, que é representado pelo amor restaurador.

Ao analisar as formas de cuidado, Silva (1997b) ainda nos apresenta outras perspectivas de cuidado, quais sejam: a de Paterson e Zderad, que vêem o cuidado como experiência vivida entre os seres humanos, como uma forma de interação entre enfermeira e ser cuidado; a de Carper, que considera o uso do *self* como essencial no cuidado; a de Ray, que, por sua vez, vê o cuidado de forma partilhada no dar e receber amor, diálogo e co-presença; a de Bevis, que entende o cuidado como o processo no qual a arte e o sentimento de dedicação a outro ser estimulam e aumentam o poder das ações que influenciam a vida de maneira construtiva. Para Bevis, o cuidado é afetado pela cultura, valores, custos, exclusividade, nível de amadurecimento, regras, níveis de estresse e tempo. Há também a perspectiva de Griffm, que percebe o cuidado como um modo natural de ser no mundo, que dá significado a nossas relações humanas. Por fim, Silva (1997b) expõe a visão de Jacono, em que o cuidado é entendido como um sentimento de amor, expressado pela habilidade de apoiar os outros.

Segundo Silva (1995), o cuidado tem sido definido de acordo com as diversas classes de palavras como substantivo, adjetivo, verbo e advérbio; considerado como ações resultantes de aprendizado e de sentimentos; como um processo que em enfermagem tem por meta a saúde; e também como uma troca entre os seres, buscando a interação entre o conhecimento científico e os valores humanos, fato que se traduz em uma evolução de sentimento. A autora refere também as cinco perspectivas da natureza do cuidado destacadas por Morse e colegas, quais sejam: modo de ser no mundo, sentimento, imperativo moral ou ideal, relacionamento interpessoal e intervenção terapêutica.

Introduzo, a seguir, alguns aspectos do Paradigma do Cuidado Transdimensional, que se constitui no referencial norteador deste estudo.

Cuidado Transdimensional

O Cuidado Transdimensional, construído por Alcione Leite da Silva (1997a), se constitui em um paradigma emergente na realidade brasileira. Neste sentido, um paradigma representa uma visão de mundo, uma constelação de concepções, valores, técnicas etc. – utilizada por uma comunidade científica para definir problemas e soluções legítimos. Conforme Fawcett (1995), um paradigma se diferencia de uma teoria por seu escopo e natureza e, em possuindo um elevado grau de abstração, pode dar origem a diferentes teorias. O paradigma, proposto por Silva (1997a), compõe uma abordagem integrada e transdimensional do cuidado que engloba as características do paradigma Unitário transformativo e Era III da medicina e avança em direção a uma nova perspectiva para o cuidado, com vistas a uma ação transformadora em sociedade. A adjetivação do cuidado se deve ao fato de ser esta uma dimensão do saber teórico-prático ainda não legitimada pela comunidade científica da enfermagem e porque o Cuidado Transdimensional parece representar um novo caminho no que diz respeito à estrutura tradicional do cuidado. Opta pela terminologia Transdimensional pelo fato de entender a realidade como uma, indivisível, a qual ultrapassa a noção da justaposição das multidimensões e de suas inter-relações; uma realidade plural e complexa, rica em diversidade, que extrapola a tridimensionalidade, indo para além da noção espaço-tempo (Silva, 1997a).

Este paradigma emerge das experiências da autora com o cuidado ao longo de sua vida pessoal e profissional. Sua construção se baseia em um raciocínio dialético contemporâneo, através de uma abordagem dedutiva, antecedida pela indução. Para sua construção, Silva (1997a) se apóia em abordagens contemporâneas de diversas áreas de conhecimento, dentre elas filosofia, física moderna, psicologia yunguiana, biologia e enfermagem. O Cuidado Transdimensional é uma concepção voltada para uma construção transdisciplinar e transdimensional, não sendo, portanto, exclusivo para a enfermagem. A utilização desta nova cosmologia do cuidado requer uma diversidade de mudanças, as quais incluem mudanças emocionais, políticas, administrativas e sociais.

O Cuidado Transdimensional se constitui em uma cosmologia que reflete a relação estética entre os princípios masculino e feminino, revelando-se na convergência de arte, ciência e espiritualidade. Neste sentido, ele *“emerge do diálogo genuíno entre o ocidente e o oriente, no sentido de favorecer uma mente comum, que é, sem dúvida, acompanhada de novas possibilidades criativas e transformativas do processo de ser e viver no mundo”* (Silva, 1997a, p.138). Recupera a dimensão divina e sagrada do ser, da natureza e da vida, em uma visão ao mesmo tempo imanente e transcendente. Assim, práticas de cuidado, que privilegiam a natureza e a divina dimensão do ser e da vida, emergem em conjunto e em harmonia com as tecnologias. A arte, nesta cosmologia, se expressa fundamentalmente no *self*, nas relações intra/inter e transpessoais. A expressão do Cuidado Transdimensional requer novas habilidades/capacidades intelectuais/rationais como: amor, sabedoria, compaixão, solidariedade, intuição, criatividade, sensibilidade e imaginação bem como formas multissensoriais de percepção (Silva, 1997a).

A autora considera que o processo saúde–doença é uma pequena dimensão da vida e que, face à crise que a humanidade atravessa, a vida em si se torna a dimensão mais importante para o Cuidado Transdimensional. Silva refere ainda que o processo saúde–doença não pode ser considerado um fim em si mesmo, mas como meio para que os seres possam atingir novos níveis de expressão da consciência. Portanto, a autora não conceitua saúde, doença e enfermagem.

Imanência e transcendência se constituem em princípios que norteiam a construção de suas idéias, os quais, ao serem tratados a partir de um raciocínio dialético, embasam a concepção de morte–renascimento, foco essencial do Cuidado Transdimensional.

Apesar de ser o Cuidado Transdimensional um paradigma emergente este vem sendo utilizado em trabalhos de conclusão de curso de graduação, de mestrado e de doutorado. Desta forma Silva & Monteiro (1998) e Vargas (1999) utilizaram este referencial em pesquisa com mulheres com câncer. Estima (2000) aplicou-o com trabalhadoras de enfermagem pediátrica. Freitas o utilizou em trabalho com estudantes de graduação em enfermagem e Nunes (2001) o está usando em um centro de cuidados de pessoas com câncer.

Após ter introduzido alguns aspectos gerais do Cuidado Transdimensional, tendo em vista que será aprofundado no capítulo seguinte, busco, em seguida, evidenciar algumas abordagens de estudos voltados ao cuidado a trabalhadores/as de enfermagem.

O Cuidado ao/à Trabalhador/a de Enfermagem

As abordagens sobre o cuidado ao/à trabalhador/a de enfermagem refletem um mosaico de concepções de uma realidade extremamente complexa, na qual o cuidado de si e do outro tem um papel fundamental para as transformações requeridas no processo da vida humana e planetária. Neste sentido, o cuidado ao ser que cuida merece uma atenção especial, tendo em vista ser este um requisito importante para que este ser possa realizar o cuidado ao ser humano.

Responsáveis pela manutenção do cuidado profissional, os/as trabalhadores/as de enfermagem só muito recentemente têm recebido atenção em estudos acerca do cuidado em relação a si mesmos/as. Recentes também são os estudos que articulam saúde, trabalho e doença na profissão enfermagem. Essa preocupação revela uma mudança de visão dos/as próprios/as profissionais de enfermagem, que começam a incorporar o discurso do paradigma holístico à sua prática, percebendo-se também como seres humanos integrais à semelhança dos seres cuidados. Elas demonstram um amadurecimento na construção contínua da disciplina e profissão de enfermagem.

Esta preocupação traz em seu bojo a questão: como é possível ajudar o outro ser a se cuidar se não formos capazes de cuidar de nós mesmos? Silva (2000) explica que ao refletirmos sobre a condição humana do cuidado, primeiramente devemos olhar para nós trabalhadores/as de enfermagem e exercitar em nós este cuidado, pois o cuidado atento para conosco em nosso cotidiano nos permite exprimir de forma genuína o nosso ser e a nossa humanidade.

Schneider (1994) afirma que o cuidado em psiquiatria requer conhecimento teórico, habilidade técnica específica e conhecimento e aceitação de si mesmo e do outro. Vários estudos têm surgido, apontando o cuidado ao/à trabalhador/a como essencial ao desenvolvimento do ser em enfermagem, entre os quais destacamos os das seguintes autoras:

Radünz (1998, p.59) enfatiza a

“importância do compromisso de qualquer enfermeiro/a de qualquer área de atuação profissional a procurar humanizar-se, estabelecendo uma relação criativa e amorosa consigo mesmo/a e com os outros, descobrindo compromisso com a valorização e apoio do self de quem estiver mais próximo de si”;

Souza (1995) em seu estudo – *“No cuidado com cuidadores – em busca de um referencial para uma ação de enfermagem pediátrica oncológica fundamentada em Paulo Freire”* – sugere a possibilidade de que os/as trabalhadores/as também possam ser cuidados/as e apoiados/as técnica e humanamente para desenvolverem o seu potencial reflexivo e ativo;

Wolff (1997) investiga o que é ser trabalhador/a de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, apoiando-se nos princípios éticos, técnico-científicos e morais relacionados ao cuidado, destacando que o cuidado é humanizado quando o/a trabalhador/a de enfermagem respeita as experiências subjetivas do ser sob seus cuidados;

Lunardi (1997) em seu trabalho sobre a ética como cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem, apresenta o cuidado de si como um pré-requisito, uma exigência para o cuidado do outro, de forma que não acarrete a “mortificação” de quem cuida;

Costa (1999) em seu estudo *“O cuidado como trabalho e o cuidado de si no trabalho da enfermagem”* propõe o diálogo como espaço da ética para a realização do cuidado de si para os/as trabalhadores/as. Essa autora considera que o cuidado de si é uma estratégia, um caminho para que os/as trabalhadores/as de enfermagem participem mais ativa e politicamente no cotidiano.

Esses estudos vêm demonstrando que a prática de enfermagem se torna profissional na medida em que os/as trabalhadores/as se perceberem como agentes de sua realidade e de suas vidas, valorizando o seu ser e o seu saber fazer, manifestando no cuidado o valor que atribui ao ser humano. O cuidado de si é, portanto, fator fundamental para os seres, pois seu exercício leva o ser a aprimorar sua forma de existir no mundo, construindo-o conscientemente. Silva (2000), por sua vez, considera que o cuidado de si permite aos seres se expressarem genuinamente através de sua própria humanidade. Essa humanidade é exercitada no cotidiano com o outro. O cuidado de si é um cuidado ético, pois permite aos

seres estabelecerem uma atitude de compromisso e de transformação pessoal, profissional e social. A autora considera ainda que a busca do conhecimento sobre nós mesmos e da realidade que nos cerca, proporcionados pelo cuidado de si, é um cuidado político, pois permite que, através do apoio mútuo, transformemos essa realidade, criando maneiras de viver coletivamente com qualidade.

Quanto aos estudos sobre as articulações entre saúde e trabalho, eles vêm apontando a real situação do mundo dos/as trabalhadores/as de enfermagem. Silva (1998) aborda o mundo dos/as trabalhadores/as em seu artigo “Céu e Inferno: metáforas no processo do cuidado entre os/as trabalhadores/as”. Neste artigo, o mundo do ser trabalhador/a é retratado e considerado por Silva (1998, p.249) como: *“um mundo dinâmico criativo, de inter-relações complexas construídas socialmente, permeado por conflitos, frustrações e satisfações”*.

As contribuições de autores/as nesta área desvelam o contexto do/a trabalhador/a e evidenciam a necessidade do cuidado a este ser. Dentre essas contribuições, destaco: a de Lopes (1987), que aborda a enfermagem como profissão feminina; a de Pitta (1991), que estuda os sofrimentos, sentimentos e relações estabelecidas pelos/as trabalhadores/as no contexto hospitalar; a de Leopardi (1994), versando sobre moral e técnica; a de Aquino *et al.* (1993), que investigou as relações entre trabalho e saúde de enfermeiras e auxiliares em um hospital de Salvador; a de Borsoi & Codo (1995), que discorre sobre sofrimento, trabalho e cuidado; a de Lunardi Filho (1995) e de Taffe (1997), que falam sobre prazer e sofrimento no trabalho, abordando a questão da enfermagem ser uma profissão feminina; Silva (1996) por sua análise da produção científica sobre a relação trabalho e saúde na enfermagem; e ainda os estudos de Costa (1999), que enfatiza o cuidado como trabalho e o cuidado de si no trabalho da enfermagem.

Em relação ao cuidado em enfermagem no processo de trabalho, Araújo (1994) considera que a visão idealizada da profissão ainda persiste, e que esta se contrapõe a sua real condição de ser um trabalho não contabilizado, acumulador de tensões pelo excesso de atividades e más condições de trabalho, aliados aos baixos salários. A autora também se refere a essa real condição de trabalho como sendo invisível e que isto causa seqüelas nos corpos físico e psíquico, afetando também os aspectos sociais dos/as trabalhadores/as. Essas questões são explicadas pelos conceitos de carga de trabalho. Silva (1987) considera

o conceito de cargas de trabalho como os esforços que o/a trabalhador/a despende diariamente e que contêm basicamente três dimensões: a física, a cognitiva e a psicoafetiva. A sobrecarga em alguma destas dimensões pode induzir a manifestações de sobrecarga nas outras duas.

Assim, no âmbito das cargas físicas, devemos considerar como esforços o deslocamento e os movimentos para realizar as tarefas, as horas extras e os turnos de trabalho. Já as cargas psíquicas são fontes de estresse existentes no processo de trabalho, decorrentes da sua organização e divisão. Podem ser consideradas como fontes de estresse: as características de alguns setores como as unidades de terapia intensiva, bloco cirúrgico e pediatria, entre outros; a complexidade do trabalho; o testemunhar o sofrimento e a morte; o trabalho noturno; a imprevisibilidade; as interrupções; a rígida supervisão existente na prática das atividades; as poucas possibilidades de iniciativas; e a perda do controle do trabalho, resultante da separação entre a sua concepção e a sua execução.

Além disso, Araújo (1994) afirma que também se constituem em sinais de sobrecarga psíquica os distúrbios neurovegetativos, a hipertensão arterial, o envelhecimento precoce, a síndrome da fadiga patológica, os distúrbios do sono e da sexualidade e o estresse crônico. Dejours & Abdoucheli (1994) considera que a fadiga patológica advém de todo excesso de sofrimento psíquico. Por sua vez, Chemis (apud Silva, 1987) denomina a fadiga patológica como “síndrome da exaustão” que é manifestada por mecanismos de defesa como a negação e o distanciamento afetivo, sintomas de ansiedade e depressão e problemas de conduta.

Quanto aos aspectos sociais, eles afetam diretamente a qualidade de vida do/a cuidador/a. Nesse sentido, Lopes (1987, p.145) considera que:

“A condição na qual as mulheres foram assimiladas no campo do trabalho social reflete, para as enfermeiras, a divisão sexual do trabalho, a manutenção da subordinação, a característica de prolongamento de trabalho doméstico, os componentes de habilidade de concentração, a dedicação e paciência e, a realidade de uma força de trabalho submissa servil e barata”

Ao abordar as condições sociais, Araújo (1994) refere que as trabalhadoras têm adotado estratégias pessoais para enfrentar os baixos salários e más condições de trabalho, como as horas extras, a dupla jornada e a evasão.

Quanto às pesquisas relativas às questões sobre os/as trabalhadores/as de enfermagem psiquiátrica em saúde mental, destaco as de: Fraga (1993), trazendo à luz a prática de enfermagem psiquiátrica no Ceará, o cotidiano do trabalho, as condições materiais de existência, a posição que os/as trabalhadores/as de enfermagem ocupam no processo de trabalho e os mecanismos de defesa utilizados; Tavares (1999) que, em seu estudo sobre a poética do cuidar, realiza um cuidado aos/as trabalhadoras/es em saúde mental, visando buscar alternativas para o cuidar em psiquiatria; e o de Lopes (1995), que aborda a subjetividade do/a trabalhador/a em saúde mental. Schneider (1994) afirma que o cuidado em psiquiatria requer conhecimento teórico, habilidade técnica específica e conhecimento e aceitação de si mesmo e do outro. O conhecimento e aceitação de si mesmo são adquiridos no cuidado de si, cuidado que evolui para uma maior consciência de sua humanidade e permite a aceitação e reconhecimento das potencialidades do outro.

Ao observar mais atentamente o contexto do/a trabalhador/a de enfermagem, através da literatura disponível e também com base em minha vivência profissional, percebo a diversidade de fatores que influenciam essa realidade, o que procurei ressaltar nesta revisão. Cuidar de pessoas tem se tornado um desafio à enfermagem na perspectiva do paradigma holístico. Neste paradigma, o cuidado adquire uma complexidade equivalente à complexidade de ser. Ele só existe quando se considera a vida de forma mais abrangente, na qual, como refere Silva (1997a), o processo saúde-doença é somente mais uma de suas dimensões. A enfermagem, como ciência e arte do cuidado, tem um compromisso moral para com a sociedade. O compromisso de buscar formas de cuidado em que os seres sejam participantes desse cuidado da mesma forma em que participam da criação do processo de viver e da realidade da qual fazem parte. Essa busca deve, portanto, ser feita com os próprios seres que são cuidados. O cuidado ao/a trabalhador/a de enfermagem, neste momento de transição de paradigmas que estamos atravessando, permitirá que a enfermagem adentre verdadeiramente no processo de cuidado à vida.

Dessa forma, destaco a imensa lacuna referente aos estudos sobre o cuidado ao/a trabalhador/a de enfermagem. A realidade do/a trabalhador/a merece destaque para que possamos conhecê-la e transformá-la. Essa transformação torna-se possível através do engajamento comprometido e consciente do conjunto dos/as trabalhadores/as no cotidiano

do cuidado de si e dos outros. Com base no exposto, apresento, no capítulo seguinte, o referencial teórico- metodológico.

CAPÍTULO 2

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O referencial teórico-metodológico, adotado neste estudo, foi embasado no paradigma do Cuidado Transdimensional, proposto por Silva (1997a). Considerando os aspectos introdutórios do paradigma apresentados anteriormente destaquei, neste capítulo, alguns elementos da biografia da autora, seguidos pelas concepções filosóficas, às quais se articulam intimamente à metodologia, denominada de *Processo enquanto Caminho*, como veremos a seguir.

Biografia da Autora

Alcione Leite da Silva nasceu e cresceu no Estado de São Paulo. Graduiu-se em Enfermagem na Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto, em 1976. Trabalhou por quatro anos em um Hospital Geral de Cuiabá – MT como Diretora do Serviço de Enfermagem; a seguir assumiu a função de educadora na Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT, sendo transferida, em 1991, para a Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Concluiu o curso de especialização em Metodologia da Pesquisa. Realizou seu mestrado em Assistência de Enfermagem na UFSC, quando, então, desenvolveu um processo de cuidado a clientes com AIDS, tendo como referencial teórico o sistema conceitual de Rogers e como arsenal terapêutico as terapias alternativas.

Concluiu seu doutorado em Filosofia de Enfermagem na UFSC, em 1997, tendo passado um ano fazendo doutorado sanduíche na Universidade do Colorado nos EUA, tendo como orientadora a professora enfermeira Dra. Jean Watson, e, no Brasil, a enfermeira Dra. Eloita de Arruda Neves e o filósofo Dr. Selvino J. Assmann.

Dentre as atividades exercidas se destacam a de membro da diretoria da ABEn-MT e do COREn-MT; Coordenadora Didático-Pedagógica do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da UFSC; Subcoordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC; Pesquisadora do CNPq, coordenando o Grupo de Pesquisa sobre Tecnologias Inovadoras do Cuidado e; Membro e co-criadora do Programa Integrado de Pesquisa Cuidando-Confortando PIP C&C e do Grupo de Estudo de História do Conhecimento de Enfermagem – GEHCE. Tem também ministrado cursos como professora convidada em universidades do Peru e Suécia.

Suas áreas de interesse são: filosofia em enfermagem e saúde, concepções teórico-filosóficas do cuidado, cuidado transdimensional, cuidado ao ser trabalhador, tecnologias avançadas de cuidado, gênero e saúde, processo de ser, viver, envelhecer e morrer saudável, construção de teorias e pesquisas qualitativas. É também consultora de vários periódicos nacionais. Participa de conferências e tem vários trabalhos publicados em livros e periódicos científicos. Recebeu duas vezes os prêmios Vanda de Aguiar Horta e Edith Magalhães Fraenkel, e também o prêmio Nora Pedroso, promovidos pela ABEn Nacional durante os Congressos Brasileiros de Enfermagem.

Concepções Filosóficas

A base filosófica das concepções do Cuidado Transdimensional se consubstancia no *cuidado ao ser humano em sua inter-relação com o meio ambiente, no contexto de suas experiências de vida, focalizando o processo de morte-renascimento, com vistas ao processo de ser e viver de forma mais saudável.*

Segundo Silva (1997a), ser humano e meio ambiente estão intimamente associados, ou seja, eles se correspondem de tal forma que um reflete ou mesmo expressa o outro. O **ser humano**, também denominado de consciência individual, é concebido como

um sistema complexo em sua unidade, singularidade e totalidade transdimensional de padrão, processo e interação. Paradoxalmente, esta

unidade complexa se apresenta de forma plural, rica em diversidade e em inimagináveis possibilidades do ser, as quais se desvelam na medida em que vamos transcendendo os nossos limites de expressão do mundo e conseqüentemente, os limites do saber e de percepção da realidade (Silva, 1997a, p.102).

O ser ou consciência individual é o infinito potencial de amor e sabedoria. Esta fonte está envolvida na totalidade do ser, embora de forma imanente. O seu campo manifesto, ou seja, a sua forma mais densa de expressão, aquela percebida pelos cinco sentidos, reflete, entretanto, a relativa capacidade de desdobramento da expressão da consciência individual. Em outras palavras, o campo manifesto reflete a reduzida capacidade de expressão do infinito potencial de amor ou sabedoria do ser. No processo criativo, estético, interacional e infinito da vida, o ser pode expressar as diversas nuances de seu amor e sabedoria.

Neste sentido, a qualidade e a quantidade de relações estabelecidas refletem o grau de complexidade de expressão do ser no campo manifesto. Portanto, quanto maior a capacidade da expressão da consciência, maior a capacidade de percepção das interações que estabelece com o todo. Esta capacidade expressa a ordem de evolução dos seres humanos, a qual está diretamente relacionada à natureza evolutiva do ambiente em que vive, por exemplo, a do planeta (Silva, 1997a).

A concepção de Silva (1997a), acerca do **meio ambiente**, extrapola a tridimensionalidade, indo para além da noção do espaço/tempo. A concepção de meio ambiente guarda estreita relação com a do ser humano, embora seja a primeira concebida em uma ordem infinitamente superior em relação à segunda. Neste sentido, o meio ambiente é um sistema complexo em sua unidade, singularidade e totalidade transdimensional do padrão, processo e interação. Paradoxalmente, esta unidade complexa se apresenta de forma plural, rica em diversidade e em inimagináveis possibilidades. Segundo Silva (1997a), a partir de uma perspectiva tridimensional, ainda não superada por nós na coletividade, a nossa percepção tanto do ser como do meio é extremamente reduzida, alcançando predominantemente o que é apreendido pelos cinco sentidos, o que ela denomina de Campo Manifesto.

O meio ambiente pode ser imaginado pela metáfora de uma teia cósmica, em que tudo interage com tudo, sendo esta interação pouco apreendida pelos cinco sentidos bem

como exclusivamente pela razão. Este meio/teia reflete a *Consciência Universal*, que é o mais elevado e absoluto estágio de Consciência. Contudo, o seu *Campo Universal Manifesto*, em uma realidade tridimensional, reflete muito vagamente e de forma fragmentada este estágio. Tal é esta característica em nossa realidade que a sua apreensão é impossível na sua totalidade, podendo esta se dar, ainda, quase que superficialmente de forma intuitiva. Isto porque, nem o imenso nem o infinito são racionalizáveis como também não são suscetíveis de serem dominados de forma inteligível (Silva, 1997a).

Da mesma forma que a consciência individual está envolvida na totalidade do ser, também a Consciência Universal está presente não só no seu Campo Não Manifesto como também no seu Campo Manifesto, os quais constituem as diversificadas formas de expressão desta Consciência (Silva, 1997a).

Silva (1997a) refere que o Campo Universal Manifesto não pode ser tratado como separado do Campo Universal Não Manifesto, tendo em vista que o primeiro pode ser visto como uma expressão particular e derivada do conjunto mais geral deste último. Todos eles conjuntamente presentes, numa série ordenada de estágios de desdobramentos, que se interpenetram uns nos outros, a princípio por toda parte e em todo o espaço.

Nesta totalidade, a individualidade só é possível como desdobramento do todo. Deste modo, o Campo Universal Manifesto não pode ser considerado autônomo. As ações individuais, neste Campo, poderiam ser consistentemente consideradas apenas se levassem em conta o contexto total. Conseqüentemente, nada é uma lei para si próprio. No máximo, algo pode se comportar com um relativo grau de autonomia sob certas condições e em certos graus de aproximação (Silva, 1997a).

Qualquer forma de relativa autonomia é, em última instância, limitada pela lei do todo, a qual é denominada de Lei Cósmica ou Universal, de modo que, em um contexto suficientemente amplo, essas formas são vistas como meros aspectos, em vez de coisas sem interação, desarticuladas e existentes separadamente. Todavia, cabe esclarecer que, embora todo o conjunto de leis que governa a totalidade seja desconhecido, a partir deste conjunto podem ser abstraídas subtotalidades de movimento relativamente autônomas e independentes.

Dessa forma, nenhuma coisa é completa em si, e seu pleno ser é percebido somente na participação. Silva (1997a) coloca que ninguém se prejudica a si mesmo sem lesar a todos quantos se lhe associam na grande aventura da vida. Por outro lado, todos aqueles que evoluem e enriquecem a sua forma de expressão da consciência beneficiam diretamente a todos que compartilham o destino comum. Fica assim evidente que a participação através da solidariedade é a base fundamental da Consciência Universal. Uma base que extrapola as múltiplas ou mesmo infinitas ordens de expressão em direção a uma solidariedade transdimensional. Assim, mesmo em nossa realidade, todos participamos diretamente da aventura do universo, com vistas à complexidade crescente de expressão da consciência.

Neste estudo o ser humano é a trabalhadora de enfermagem que diariamente presta cuidado a pacientes psiquiátricas que necessitam de apoio, atenção firme e afetiva para se recuperarem. Um cuidado que, além de segurança emocional e sentimentos como amor, compreensão, empatia e tranqüilidade, requer estar de bem consigo mesmo e com a vida, estar com o outro e poder estabelecer uma relação de ajuda. Neste sentido, para bem cuidar do outro, faz-se necessário um investimento no próprio ser do/a trabalhador/a, com vistas a reconhecer os seus limites e suas capacidades instrumentais e afetivas, sem perder de vista as suas imensas possibilidades. Esse cuidado demanda uma compreensão ampliada do processo do ser e do viver, e a expressão da humanidade, para estar presente com o outro, compreendendo o seu ritmo, a sua forma de expressão temporária, ajudando-o a avançar, sem julgamentos e imposições.

Cuidar da trabalhadora implica em explicitar a sua condição de cidadã, com direitos e deveres, como membro de uma coletividade e, portanto, da sociedade em que vive. Ser que, a partir de um viver mais atento, reflexivo e transformativo, avança em seu processo evolutivo, alcançando níveis cada vez mais complexos de expressão da consciência, contribuindo para o avanço criativo dos outros seres, da vida e do planeta como um todo.

O meio ambiente deste estudo consiste da totalidade de um campo que se expressa de forma plural, embora nem sempre seja percebido em sua totalidade. Deste modo, o meio ambiente é composto de tudo o que interage em determinados momentos específicos, em especial os/as trabalhadores/as de enfermagem, os/as pacientes psiquiátricos/as, os familiares de ambos, o espaço físico da Unidade de Internação Feminina do Instituto de

Psiquiatria, a sociedade, os sistemas de crenças e valores que determinam as ações humanas.

Ser humano e meio ambiente evoluem juntos para níveis crescentes de complexidade de consciência. Este avanço se dá através do **processo de morte-renascimento** que Silva (1997a) considera como foco do Cuidado Transdimensional. Esse processo é entendido através do movimento do sistema de forças vitais: imanência e transcendência. A morte é configurada através da força imanente e o renascimento através da transcendência. A morte pode ser visualizada enquanto um processo vital na vida em si e no contexto de uma dada situação, procurando tornar-se através da interiorização e permanência. Renascimento, por sua vez, é também considerado um processo vital, consubstanciado próprio potencial da vida em uma dada situação. Entretanto, o renascimento está permanentemente tentando obter a mudança em direção a novos padrões de complexidade de expressão da consciência. Assim, morte-renascimento é um processo criativo, no qual, sob um dado aspecto, este persegue diferenciação, exteriorização, expansão e desidentificação, e aquele procura integração, contração, identificação, podendo o oposto também ser verdadeiro (Silva, 1997a).

Deste modo, Silva (1997a) não considera a morte como processo isolado nem como etapa final da existência, mas como um processo que se dá em movimento com o processo de renascimento e que ocorre permanentemente em nossas vidas e no meio em que nos situamos. Conseqüentemente, diariamente estamos morrendo e renascendo enquanto totalidade, embora nem sempre estejamos conscientes deste processo.

O processo de morte-renascimento também pode ser entendido como um movimento que envolve uma ordem mais global da existência. Esse processo geralmente ocorre no viver cotidiano a partir de pequenos e isolados episódios de morte-renascimento, os quais podem passar despercebidos, mas que vão se multiplicando com vistas a um processo mais global (Silva, 1997a). Nesta concepção, seres humanos, culturas, natureza, planeta e universo estamos todos envolvidos no movimento cíclico de morte-renascimento. Morte-renascimento se constitui, assim, em um processo que envolve interação entre a Consciência Individual e a Consciência Universal. Deste modo, este processo acarreta renovação e diversificação da vida, com vistas a ordens crescentes de complexidade que

são evidenciadas através de novos padrões de forma, de ritmo de vida, de interações e de ações no mundo (Silva, 1997a).

Podemos exemplificar o processo de morte-renascimento como a superação gradativa de nossas limitações no viver cotidiano, quando nos permitimos aprender com nossas experiências como seres humanos. O processo de morte-renascimento implica mudanças de antigos hábitos e condicionamentos, reflexos e percepções, dando surgimento a novos padrões de vontade, pensamento, sentimento, emoção e ação no mundo. Deste modo, este processo é acompanhado de novos significados e propósitos na vida. Este processo requer coragem, enfrentamento de riscos e que estejamos face a face conosco, com os outros seres e com a própria vida. Assim, a vida é uma grande aventura em direção à redescoberta da dimensão sagrada do nosso ser, dos outros seres e da Consciência Universal (Silva, 1997a).

O processo de ser e viver saudável reflete a capacidade dos seres em compreender o processo da vida e em comprometer-se com o processo de morte-renascimento individual e coletivo. O processo de ser e viver saudável implica, acima de tudo, na compreensão da temporalidade dos nossos limites de expressão da consciência e na nossa capacidade de vir a ser. O ser saudável é capaz de ser o seu próprio cuidador, ativando o seu processo de morte-renascimento e se engajando na expressão de novas habilidades/capacidades que vão além da capacidade intelectual/racional, tais como: amor, sabedoria, compaixão, solidariedade, intuição, criatividade, sensibilidade, imaginação, bem como formas multisensoriais de percepção. Ser saudável é ser solidário e comprometido com a vida em suas diversas formas de expressão, manifestando novas perspectivas de sentido e de ação do mundo.

A partir das abordagens de Silva (1997a), podemos apreender que ela partilha da idéia de que a **enfermagem** e o **cuidado** se confundem e considera o cuidado como símbolo da enfermagem. Enfermagem é também, para a autora, uma disciplina e uma profissão que, juntamente com as outras disciplinas/profissões e com a sociedade, tem um compromisso com a vida do planeta. O compromisso tem por finalidade um movimento em favor da vida humana, da natureza, do planeta e da vida universal na sua totalidade. Um movimento em que o campo de ação do cuidado se amplie, efetivamente, das

instituições (hospitais, universidades) para a vida em família, grupos, comunidades e sociedade.

O cuidado à trabalhadora de enfermagem, aqui especificamente na área da psiquiatria, é um processo a ser construído de forma individual e coletiva, considerando a realidade transdimensional. O Cuidado Transdimensional, com foco no processo de morte-renascimento, pode ser entendido como um processo eminentemente participativo e reflexivo, em que os seres envolvidos no cuidado, através de uma interação dinâmica, intuitiva e criativa, oportunizam um caminhar rumo a novas experiências, nas quais, de forma original e única, se autoconheçam e se autotransformem. Deste modo, requer o engajamento dos seres nos significados das experiências vividas, para que juntos teçam um novo mosaico de padrões de significados. Neste processo novas dimensões do ser e do viver se descortinam, trazendo em si novos padrões de propósitos na vida (Silva, 1997a).

Apresento, a seguir, alguns dos pressupostos do Cuidado Transdimensional que foram selecionados para nortear este estudo.

Pressupostos Filosóficos de Acordo com Silva (1997a)

**O Cuidado Transdimensional extrapola o processo, tendo como prioridade a vida em suas mais diversificadas formas de expressão da consciência e, conseqüentemente da qualidade de vida do planeta (p.25);*

O Cuidado Transdimensional emerge como referencial catalisador de reflexão-conscientização-ação-transformação, com vistas a níveis mais complexos de expressão da consciência e de qualidade de vida do planeta (p.26);

O Cuidado Transdimensional, ao privilegiar a essência do ser, do mundo e da vida, restitui a eles as suas naturezas sagradas e inalienáveis, resgatando o sentido de reverência e de respeito com a própria vida (p.26);

O Cuidado Transdimensional, com foco no processo morte-renascimento, busca expandir as capacidades inerentes aos seres, para entrarem em contato com suas potencialidades de amor e sabedoria e serem os próprios cuidadores neste processo (p.27);

O cuidado Transdimensional emerge da relação estética entre os princípios masculino e feminino e se expressa na convergência entre arte ciência e espiritualidade (p.79);

O Cuidado Transdimensional se caracteriza por uma forma inovadora de sentir-pensar e desenvolver cuidado, que deve ser construída, a partir da interação pelo diálogo permanente entre os profissionais, indivíduos, famílias, grupos, comunidade e sociedades, sem perderem de vista a realidade transdimensional (p.81);

O Cuidado Transdimensional emerge da compatibilidade estética e amorosa entre os seres que cuidam e seres cuidados, em que, ao mesmo tempo doam e recebem o cuidado; deste modo, o saber resultante deste cuidado é um saber dos próprios seres que cuidam e que são cuidados, porque estes seres são dimensões integrantes do cuidado (p.97);

O Cuidado transdimensional ao postular que o ser humano sobrevive à morte em um processo contínuo de transformações, modifica substancialmente a sua forma de expressão no mundo, ampliando-a para uma ordem mais global da realidade (p.122);

O Cuidado Transdimensional, ao ter como foco central o processo morte-renascimento, privilegia o centro espiritual do ser, com vistas à complexidade crescente de expressão da consciência e de interação dos outros seres, com a natureza, com o planeta e com o universo³³ (p.123).

Tendo delimitado o referencial teórico apresentado, a seguir, a metodologia, denominada por Silva (1997a) de processo enquanto caminho, que norteará, em conjunto com o referencial teórico, o desenvolvimento deste estudo.

O Processo Enquanto Caminho

Apresento aqui o processo enquanto caminho, que se constitui na trajetória metodológica e espaço para a construção do conhecimento desenvolvido por Silva (1997a, 2000). Delimito, assim, a metodologia, articulando o contexto do estudo, a caracterização da população alvo, o processo de cuidado bem como as estratégias para sistematização das informações.

Contexto do Estudo

Este trabalho foi desenvolvido em um hospital psiquiátrico público da Grande Florianópolis que presta atendimento a pacientes psiquiátricos/as de todas as regiões do Estado de Santa Catarina. Esse hospital dispõe de um Centro de Convivências onde vivem, como moradores, cerca de 400 pacientes psiquiátricos/as e de cinco Unidades de

Internação com cento e sessenta leitos. Os leitos das Unidades de Internação estão distribuídos em duas enfermarias masculinas (trinta e dois leitos em cada uma) e uma feminina (com trinta e oito leitos) para tratamento ao/à paciente psiquiátrico/a em crise, uma unidade para dependentes químicos (com trinta e oito leitos) e uma clínica médica (com vinte leitos). A média de permanência dos pacientes varia entre vinte e um e vinte e oito dias. As equipes de trabalho das Unidades de Internação são multiprofissionais, constituídas por enfermeiros/as, técnicos/as e auxiliares de enfermagem, médicos/as, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psicólogos/as. A assistência de enfermagem que vem sendo prestada baseia-se principalmente na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta.

O organograma do hospital é constituído por uma direção geral, uma direção administrativa e uma direção técnica, às quais estão subordinados os/as médicos/as psiquiatras, clínicos/as e um neurologista, uma gerência de enfermagem e uma gerência psicossocial composta por sete assistentes sociais, cinco terapeutas ocupacionais, uma professora de educação física, um fisioterapeuta, seis psicólogos/as e três pedagogas. Vinculados à gerência de enfermagem há cerca de duzentos e trinta e um profissionais, sendo dezesseis enfermeiros/as, vinte e oito técnicos/as de enfermagem, cento e quarenta auxiliares e quarenta e sete atendentes de enfermagem, trabalhando em turnos ininterruptos e em regime de trinta horas semanais. Conforme dados colhidos no setor de pessoal em maio de 1999, uma média de 10% dos trabalhadores/as de enfermagem encontrava-se afastada por motivo de licença de saúde por mais de um ano.

Miranda (1997) realizou um estudo sobre a saúde do/a trabalhador/a desta instituição psiquiátrica e verificou um percentual de aposentadoria de 53% por invalidez, bastante significativo quando comparado ao percentual de 10,26% de um hospital geral. Devido aos inúmeros casos de aposentadoria, dos afastamentos por licenças de saúde e da pouca contratação de novos/as profissionais de enfermagem nos últimos quatro anos, muitos cumprem uma média de 60 horas extras por mês para completar os horários da escala mensal das unidades de internação.

Caracterização da População do Estudo

A população deste estudo foi constituída por oito trabalhadoras que exercem funções de técnicas e auxiliares de enfermagem em uma das Unidades de Internação do Instituto de Psiquiatria. Na equipe em que trabalham, há duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem e doze auxiliares, sendo dez do sexo feminino e dois do sexo masculino. A carga horária é de cento e vinte horas mensais para cada trabalhador/a. A distribuição por turno se dá da seguinte forma: cinco trabalhadores/as no período da manhã, quatro no período da tarde e dois/duas por noite, sendo que nos finais de semana ficam três por plantão de 12 horas.

A escolha dessas trabalhadoras para comporem a população do estudo se deu em virtude de serem minhas parceiras no cuidado às pacientes psiquiátricas. Alguns membros dessa equipe de enfermagem responderam positivamente ao convite que lhes fiz durante uma reunião e integraram a construção do processo de cuidado no período de junho a agosto de 1999. Na primeira vivência compareceram nove trabalhadoras e dois trabalhadores, mas por motivo de férias e jornada dupla de trabalho, três deles/as não puderam continuar até o final do processo de cuidado. As participantes do estudo constituíram-se, assim, de mulheres com idade entre trinta e cinco e cinquenta e dois anos e entre cinco e vinte anos de trabalho no hospital, sendo que especificamente no serviço de enfermagem esse período variava de seis meses a vinte anos.

Processo de Cuidado

Segundo Silva (1997a), o processo de cuidado é visualizado como um movimento dinâmico e criativo que se expressa no diálogo entre a razão e a intuição, entre o objetivo e o subjetivo, tendo como aspecto norteador as crenças e valores advindos da experiência vivida. Nesse sentido, assim explica a autora:

³Pode ser entendido como um processo eminentemente participativo e reflexivo, em que os seres envolvidos no cuidado, através de uma interação dinâmica, intuitiva e criativa, oportunizam um caminhar rumo a novas experiências, nas quais, de forma original e única, se autoconheçam e se autotransformem. (...) Nesse processo, seus integrantes redescobrem novos significados para as situações vividas e

*caminham em direção a uma crescente dinamização, complexificação, simplificação e conscientização dos seus seres*³ (Silva, 1997a, p.138).

O processo de cuidado se dá através de uma relação de reciprocidade e intimidade, no qual as experiências/significados e o poder são socializados. A relação dialógica encoraja os seres envolvidos no processo a trabalharem juntos de forma igual para alcançarem um mútuo entendimento. A intenção do diálogo é voltada para a reflexão das experiências do ser e do seu processo de viver, buscando a tomada de consciência crítica acerca de sua posição no mundo (Silva, 1997a e 2000).

O processo de cuidado emerge das práticas colaborativas, nas quais os significados são construídos, predominantemente, no âmbito de grupos, a partir de temas, como uma construção textual criada pelos esforços para compreender a situação e tornar visível o processo de cuidado de si e do outro. Conseqüentemente, o processo de cuidado se constitui em espaço para a construção de conhecimento ligado a temas específicos e concretamente situados nas experiências dos seres envolvidos neste processo (Silva, 1997a. e 2000).

O processo de cuidado, ao ter como foco o processo de morte-renascimento, tem como base as histórias de vida, através de suas teias de significados, as quais refletem a singularidade e complexidade dos seres. Requer o engajamento dos seres nos significados das experiências vividas, para que juntos teçam um novo mosaico de padrões de significados. Desse modo, novas dimensões do viver se descortinam, trazendo em si novos padrões de propósitos na vida (Silva, 1997a).

Silva (1997a) propõe cinco padrões de significado do Cuidado Transdimensional que o caracterizam enquanto parceria, experiência interior, busca da unidade, prática indeterminada, complexa, não espacial e atemporal. Neste estudo, a construção do processo de cuidado foi norteada pelos quatro primeiros padrões, os quais apresento a seguir:

“O Cuidado Transdimensional caracteriza-se enquanto parceria entre dois ou mais seres, a qual extrapola a noção do espaço-tempo. O encontro de cuidado deve ser entendido com um acontecimento relativo, singular e original em que o próprio ser do cuidador é parte integrante do cuidado, sendo a qualidade de expressão de sua consciência fundamental para a qualidade do cuidado. No encontro de cuidado

recebem e doam numa interação efetiva em conformidade com as suas capacidades de expressão, (p.148-149).

O Cuidado Transdimensional emerge enquanto experiência interior, vivenciada pelos seres envolvidos no cuidado e que, em sua contextualidade, pode ser caracterizada por uma diversidade de expressão, na medida em que desloca a ênfase da informação para os significados, o que torna cada cuidado original e único. Esta experiência pode ser rica em imagens simbólicas e intuições e requer que valorizemos nossas percepção e sensibilidade, (p.150).

O cuidado enquanto vivência interior, requer que valorizemos principalmente o processo e que tenhamos abertura, flexibilidade e confiança em nós. Os grupos podem vivenciá-la de uma diversidade de maneiras, enriquecendo os significados e contribuindo para uma maior abrangência e qualidade do processo de cuidado, (p.153-154).

O Cuidado Transdimensional emerge enquanto busca da unidade que implica em que estejamos em comunicação e em sintonia de nosso ser, dos outros seres e do ambiente, (p.155).

O cuidado enquanto processo compartilhado, faz sentido em termos de unidade total. A busca da unidade implica em que ativemos o complexo vontade-pensamento-sentimento pelos propósitos do amor, de ajuda, os quais trazem em si o compromisso com a vida. O ambiente é considerado indissociável dessa unidade e, tanto pode contribuir como prejudicar a harmonia do ser, (p.154).

O Cuidado Transdimensional, enquanto prática indeterminada, caracteriza-se pela não repetitividade e pela imprevisibilidade do processo como um todo, sendo que os acontecimentos particulares, únicos e singulares, não podem ser estruturados de forma rígida (p.166).

O processo de cuidado é um referencial catalisador de reflexão-conscientização-ação-transformação com vista a níveis mais complexos de expressão da consciência de qualidade de vida no planeta. Neste sentido, este processo obedeceu a seguinte dinâmica.

Dinâmica do processo de cuidado

O processo de cuidado foi desenvolvido em oito encontros, iniciando na primeira semana do mês de junho de 1999, quando, após ter obtido o consentimento da direção da instituição, negocieei o processo de cuidado com os/as trabalhadores/as. No primeiro encontro apresentei uma síntese do estudo, seus objetivos e os/as convidei a participarem do processo de cuidado. Em conjunto negociamos a data, o horário e o local bem como a

dinâmica dos trabalhos. Procurei organizar os encontros de forma a facilitar a participação da maioria dos/as trabalhadores/as, tendo em vista as férias e a pouca disponibilidade de horário do/as trabalhadores/as. Ficou estabelecido que as vivências se realizariam às quintas-feiras, no horário das quatorze às dezoito horas e trinta minutos. Além disso, expliquei que o processo de cuidado se daria de forma coletiva e os temas a serem abordados dependeriam do caminho que o grupo escolhesse seguir.

As vivências seguintes contaram com a participação de oito trabalhadoras e tiveram como temas os significados do cuidado de si e do outro na infância; a apresentação dos conceitos e pressupostos do Cuidado Transdimensional; significados do cuidado de si e do outro na adolescência; significados da violência sexual para as trabalhadoras; significados do cuidado de si e do outro na vida adulta; significados do cuidado de si e do outro no trabalho; avaliação do processo de cuidado.

A dinâmica desenvolvida nas vivências teve quatro momentos: 1) abertura do encontro através de sensibilização com música e relaxamento para propiciar o desligamento do cotidiano e formação de um ambiente favorável ao desenvolvimento do cuidado; 2) exploração do tema a partir de técnicas de colagem e modelagem que permitiram às trabalhadoras expressarem os significados do cuidado de si e do outro em suas experiências de vida; 3) diálogo reflexivo sobre o tema e técnica de renascimento; e 4) avaliação e finalização da vivência.

Como facilitadora do processo de cuidado procurei auxiliar as trabalhadoras a entender e experienciar de forma mais harmônica o processo de morte-renascimento em suas vidas. No ambiente de cuidado predominou a confiança e respeito mútuo e a solidariedade das integrantes, e cada uma delas teve a oportunidade de interagir no processo de acordo com seu próprio ritmo de expressão de consciência.

Sistematização e Análise das Informações

As informações obtidas durante as vivências foram gravadas em fitas cassete, com a permissão das participantes, e posteriormente transcritas para serem analisadas com base no referencial adotado. Utilizei também um diário de campo, no qual tomei o cuidado de registrar o desenvolvimento de cada vivência de cuidado, incluindo o envolvimento das

participantes no processo através da comunicação verbal e não verbal, bem como as avaliações seguidas de minhas reflexões.

Após a transcrição das fitas, todo o material foi lido repetidas vezes, com vistas a ter uma visão geral do todo, o qual embasou o relato das vivências no capítulo três bem como a análise das informações baseada nas temáticas específicas de cada vivência e apoiada pelo referencial adotado.

Proteção dos direitos humanos

O processo de cuidado realizado com as trabalhadoras de enfermagem psiquiátrica foi realizado de acordo com a Resolução n.º 196, do Conselho Nacional de Saúde (anexo 01). Neste sentido, o projeto de pesquisa foi apresentado à direção do local onde ocorreu a prática; houve a explicação dos objetivos, conteúdo, metodologia e cronograma de trabalho à direção e às participantes, bem como a explicação sobre a importância e o valor social do estudo; houve o respeito às normas da instituição bem como ao ser humano e aos seus valores sociais, morais, culturais e religiosos; o projeto de pesquisa foi encaminhado à Comissão de Ética pertinente; cada participante do processo recebeu o formulário de consentimento livre e informado, tendo assegurado o caráter confidencial das informações e o anonimato das trabalhadoras bem como a liberdade de recusa em participar ou a retirada do consentimento, em qualquer fase do estudo, sem prejuízo algum. Os resultados do estudo foram apresentados às participantes antes da sua divulgação.

Passo, a seguir, a relatar as vivências de cuidado com trabalhadoras em saúde mental.

CAPÍTULO 3

VIVÊNCIAS DE CUIDADO COM TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

Diante da iminência de realizar este processo senti-me, algumas vezes, insegura, pois queria fazer o melhor, mas a possibilidade de não consegui-lo deixava-me receosa. Porém esquecia-me de que o cuidado seria uma construção coletiva e que as capacidades de todos/as os/as participantes estariam formando o ambiente de cuidado a ser desenvolvido. Desde o momento em que ouviram a proposta de cuidado, o/as trabalhadores/as se mostraram receptivos/as, pois há muito estavam solicitando a realização de formas inovadoras de cuidado.

Dessa forma, oito trabalhadoras engajaram-se no processo e trouxeram à tona sentimentos que marcaram significativamente o desenvolvimento de seus seres, tendo com isso a possibilidade de refletir sobre suas vidas e os significados dados às suas vivências. Nesse processo, algumas capacidades destes seres, tais como a empatia, a solidariedade, a amizade, o respeito ao ser humano, a disposição para ouvir e trocar experiências, o reconhecimento de suas limitações, o amor, a confiança em si, entre outras, se tornaram evidentes e estão expressas ao longo deste capítulo.

Primeira Vivência: Negociação do Processo de Cuidado

Para a primeira vivência selecionei algumas diretrizes que demarcassem o ambiente de cuidado e o início do processo. Ao chegar o dia e a hora marcados, compareceram ao local da vivência onze trabalhadores/as, dois do sexo masculino e nove do sexo feminino. Foram recebidos/as em uma sala previamente arrumada por mim, com as cadeiras em círculo e com canetas coloridas ao centro do mesmo, próximas a um vaso com folhagens. Estiveram presentes Luísa, Carolina, Clara, Ana, Rita, Maria, Luciana, Madalena, João, Pedro e Eva¹. Este grupo de onze se reduziu, nos encontros posteriores, a oito trabalhadoras, tendo em vista que João, Pedro e Eva não dispunham de horários que lhes permitissem participar dos encontros seguintes.

Esclareci novamente os propósitos do processo que desenvolveríamos e solicitei a permissão delas para posterior divulgação dos dados, resguardando o anonimato das participantes, tendo obtido a assinatura do termo de consentimento livre e informado. Em seguida, desenvolvi uma sessão de relaxamento (anexo 02), procurando criar um clima de descontração e harmonia entre as trabalhadoras.

Somente uma das trabalhadoras já havia participado anteriormente de um relaxamento. Por isso, essa prática se constituiu em uma novidade para quase todas. Concluído o relaxamento, solicitei que falassem sobre as sensações que experienciaram. De modo geral gostaram da sensação de bem-estar proporcionada pelo relaxamento, sendo que apenas duas trabalhadoras não conseguiram relaxar, tendo uma delas se sentido ansiosa e a outra referido dores no dorso e nas pernas durante a sessão. Expliquei, então, que as pessoas submetidas a constante estresse têm mais dificuldade de relaxarem, requerendo mais experiências desta prática.

O grupo aparentava disposição para iniciar a próxima etapa. Propusemos, então, a vivência preparada para aquele dia, explicando seu objetivo, que era o de darmos início ao processo de cuidado, possibilitando um maior entrosamento e intimidade entre elas. Para tanto, solicitei que revelassem ao grupo como se sentiam “sendo no mundo” em relação aos seus nomes e como gostavam de serem chamadas. Para isso, cada uma deveria escolher

¹ Os nomes dos/as participantes foram alterados para garantir seu anonimato.

uma das canetas coloridas que estavam a sua disposição e escrever seu nome ou a forma que gostavam de serem chamadas em uma folha de papel *craft*, previamente pendurada na parede, expondo, a seguir, ao grupo.

Assim que terminei de explicar os procedimentos, uma trabalhadora pegou uma caneta e, escrevendo o seu nome no painel, logo começou a falar, e as demais foram se manifestando sucessivamente. Já neste primeiro encontro todas se mostraram receptivas, respeitando o tempo que cada uma precisava utilizar para se apresentar. Foi estimulante a forma como as trabalhadoras participaram, com seriedade e espontaneidade, mesmo quando se apresentavam visivelmente ansiosas por estarem se expondo.

Luísa, em sua vez, referiu que não se reconhece pela forma como é tratada no local de trabalho, com muita deferência e como uma pessoa séria demais. Afirma também que nas festas, quando se solta um pouco, ou em uma ocasião mais descontraída, quem não a reconhece são os outros. Já, nesse momento, uma das participantes diz a Luísa que sua postura sisuda passa um ar de superioridade e que intimida um pouco as pessoas.

Essa dinâmica, ocorrida na fala de Luísa, também aconteceu durante a manifestação das demais trabalhadoras, ou seja, ao passo que cada uma delas expressava seus sentimentos, as demais intervinham, colocando suas próprias percepções. Duas participantes afirmaram que não gostavam de seus nomes pelo fato de os acharem feios e, em razão disso, sempre se apresentam pelo apelido. Uma das trabalhadoras adorava ser chamada pelo apelido diminutivo, dizendo que em família poucos se lembram do seu verdadeiro nome. Outra atribui sua timidez ao nome, uma vez que durante sua infância e adolescência sofreu bastante com as chacotas feitas por seus colegas. Ao falarem de si, todas se mostraram autênticas, oportunizando ao grupo tomar conhecimento de aspectos seus, até então, desconhecidos.

No final deste dia fizemos com as participantes uma avaliação sobre o desenvolvimento desta vivência e solicitamos que sugerissem os temas através dos quais desenvolveríamos o cuidado nas semanas seguintes. João considerou que neste espaço poderíamos olhar um pouco para nós, assim descobríamos coisas a nosso respeito que poderiam nos tornar melhores. Ana e Clara concordaram. Luísa gostou do encontro, achou importante poder descobrir um pouco mais acerca de si. Apoiando a colega, Luciana

sugeriu que abordássemos os assuntos na medida em que surgissem, e essa solicitação foi aceita pelos demais. Para finalizar o encontro, aproveitando a atmosfera de aconchego e confiança gerada no decorrer do mesmo, pedi que todas as trabalhadoras se enlaçassem em um grande abraço.

Ao ler as anotações do diário de campo, percebi que as trabalhadoras mostraram-se dispostas a olhar para si e a buscarem interiormente significados de experiências vividas. Por isso, resolvi propor ao grupo desenvolvermos o processo de cuidado através dos significados do cuidado de si e do outro, experienciados na infância, adolescência e vida adulta. Antes de iniciar o relato do processo de cuidado vivido, faço uma breve apresentação das participantes deste estudo.

Apresentação das participantes do estudo

Luísa

Luísa ficou órfã de mãe aos seis meses e sua infância foi muito difícil. Seu pai e sua madrasta a educaram com muita rigidez e disciplina, sem demonstrações de carinho e amor. Havia falta de diálogo e conseqüente imposição de regras que não podiam ser questionadas por ela. Na adolescência, a falta de comunicação intensificou os desafios da puberdade, a ausência de esclarecimentos sobre sexualidade, a transformação da menina em mulher acontecida no silêncio, a menarca sendo recebida como doença e sendo ocultada “para não incomodar”, a vigilância acentuada com relação às amigas e namoros. Luísa reflete que seu pai agia de forma a preparar os/as filhos/as para seguirem seus rumos na vida, serem independentes e saberem distinguir o certo e o errado. Considera que a forma de agir do pai foi influenciada pela perda da esposa, pelas dificuldades enfrentadas na própria infância e pelo longo tempo vivido no seminário.

Maria

Maria falou pouco sobre a sua infância, referindo-se a ela como um período feliz. Cuidava da casa e dos irmãos mais novos durante as tardes e brincava muito. Foi com satisfação que nos contou que na adolescência dava aulas de catequese nas tardes de sábado. Teve a oportunidade de viver uma grande paixão e, apesar dos conselhos

contrários de sua mãe, casou cedo. Sofreu uma desilusão e seu primeiro casamento foi desfeito. Diz ser vaidosa e que hoje se arruma bem e compra jóias para compensar o pouco tempo que teve de adolescência. Reflete que apesar de ter sofrido em seu casamento e ter criado suas filhas sem o auxílio do pai, essa experiência foi resultado de uma escolha sua. Nos últimos anos vive com um companheiro.

Clara

Clara destaca a proteção que seus pais lhe dedicaram na infância e a dor da perda do pai que faleceu quando ela ainda era criança. Clara ajudou sua mãe a superar a perda e auxiliou nos serviços domésticos, assim como ajudou a suas irmãs e irmãos, tendo também sido ajudada por eles. Reconhece o esforço feito pela mãe para criar os/as filhos/as sozinha. Nas suas férias pescava e andava a cavalo em um sítio e relaciona estes lazeres como um cuidado para a tristeza devido à saudade que a família sentia do pai. Clara afirma também que, antes de falecer, seu pai estimulava os/as filhos/as a estudarem, um valor que hoje passa aos/as seus/suas filhos/as. Com onze anos foi trabalhar na casa de uma tia, onde lavava roupa, fazia pão e cuidava de seus primos pequenos; tanto trabalhava como brincava. Na escola teve aulas sobre a puberdade e, ao menstruar pela primeira vez, foi ao médico devido às fortes dores de cabeça. A família era muito unida e a proteção da mãe era evidente. Clara considera que a mesma não explicava o porquê de algumas proibições pois não tinha entendimento necessário para tal.

Carolina

Carolina teve inúmeros irmãos, seu pai era alcoolista e presenciou muitas desavenças em casa. Para evitar que os/as filhos/as a vissem sendo agredida fisicamente, a mãe trancava-a junto com seus irmãos e irmãs em um quarto. Naquelas ocasiões não podiam manifestar nenhuma reação, correndo o risco de também serem agredidos fisicamente. Carolina tinha como resposta aos apelos de afeto e atenção que fazia a sua mãe, a falta de tempo. Uma vez esteve hospitalizada e queria ficar mais dias no hospital porque a comida era gostosa, diferente. Em sua adolescência, Carolina, para auxiliar nas despesas da casa, trabalhou como doméstica. Refere que sentia medo de sua patroa e trabalhava demais. Uma vez escondeu-se na casa de uma irmã já casada para não voltar a

esse trabalho. Porém a mãe queria que ela trabalhasse e a obrigou a voltar. Já um pouco maior, foi trabalhar em outro local, onde tinha um quartinho só para ela, e que quando estava lá se sentia feliz. Estudava a noite e foi vítima de estupro, tendo escondido este fato de todos até alguns dias atrás. As lesões que sofreu alegou terem sido resultado de uma queda. Seus pais e irmãos eram violentos e Carolina ficou com medo da reação deles. No final de sua adolescência casou-se com um rapaz para agradar sua mãe; tendo se separado logo depois.

Rita

Rita foi uma criança manhosa, muito apegada ao pai e sensível ao amor que ele sentia por ela. A perda do pai, do seu afeto e proteção, ainda criança, lhe causou muita tristeza. Sua ligação com a mãe não teve esta conotação forte de amor e carinho e sim de disciplina, em que a agressão física também se achava presente. Morava afastada da cidade e trabalhava na roça. As brincadeiras infantis se prolongaram na adolescência em meio à natureza e eram preferidas às saídas nas tardes de domingo para dançar. As amigas eram muitas após os 20 anos, quando se mudou para perto da cidade e estudou em cursos supletivos.

Ana

Ana é irmã de Clara. Após a morte do pai a família inteira ficou doente e alguns de seus irmãos e irmãs foram hospitalizados. Ana ficou então na casa de sua avó e sentia muita falta deles. Desde pequena, Ana cuidava de seus irmãos e irmãs menores e era chamada por eles de mãe. Considerava-se responsável por esse cuidado e ficava magoada quando eles/as eram feridos por alguém; sentia-se ao mesmo tempo mãe e irmã deles. O tempo de Ana era mais para cuidar dos outros do que dela mesma. No início de sua adolescência deixou os cuidados de sua casa e foi trabalhar como doméstica, ficando com pouco tempo para estudar. Nos finais de semana, em casa, não tinha muita liberdade para sair por causa da superproteção de sua mãe. Iniciou seu namoro em uma festa da escola. Sua menarca aconteceu tardiamente, depois de todas as irmãs, e foi muito esperada. Ana gostava de apreciar seu corpo de menina transformando-se em corpo de mulher.

Madalena

Madalena ajudava a mãe a cuidar de seu irmão mais novo e foi hospitalizada com hepatite. Naquela ocasião sentiu muita falta da família por não ter podido receber visitas. Manifestações de afeto não eram muito freqüentes em seu lar. Ao ficar “mocinha” sentiu-se envergonhada por sua mãe avisar a todos, inclusive aos vizinhos, não tendo quem a esclarecesse em relação à sexualidade. Foi aprendendo aos poucos com as colegas e descobrindo o que era proibido.

Luciana

Luciana tem lembranças de sua infância a partir de seus seis anos, mas as percebe de uma maneira confusa e complicada, principalmente na sua relação com os pais. Vivia dividida emocionalmente com as desavenças entre eles. De sua mãe ficou a falta de afinidade e a impressão de não ter sido amada, devido à falta que sentia dos seus carinhos e abraços; de seu pai ficou a preocupação em lhe demonstrar o seu amor, pois se identificava com ele na necessidade de afeto. Na adolescência, Luciana andava sempre de batom e era bastante vaidosa. Aos quatorze anos conseguiu seu primeiro emprego no comércio. Ocultou a menarca por bastante tempo. Até hoje não tem afinidade com a mãe; sua relação de afeto é pobre e Luciana sente falta disso. Estudou até o início do 2º grau, quando começou a namorar seu marido, que conheceu em um baile.

Segunda Vivência: Significados do Cuidado de Si e do Outro na Infância

Para este dia, em que compareceram à vivência oito trabalhadoras, utilizei inicialmente um relaxamento (anexo 03) e, propus o objetivo desta vivência, solicitando que as trabalhadoras se reportassem à infância e fizessem colagens (anexo 04) que demonstrassem o significado do cuidado de si e do outro nessa etapa de suas vidas. As trabalhadoras mantiveram-se em silêncio durante todo o tempo em que realizaram a atividade, exceto quando Rita perguntou: *“Ih! Só lembrei de coisa ruim. Posso coloca?”* Respondi a ela que o objetivo era que fosse colocado aquilo que considerasse importante.

Chegado o momento da apresentação das colagens, cada uma naturalmente foi se habilitando a falar, e a exemplo da primeira vivência, todas se mostraram engajadas no

processo de cuidado através da atenção e disposição para ouvir bem como pelo respeito à manifestação de suas companheiras.

Ao falarem sobre o significado do cuidado de si e do outro na infância, as trabalhadoras enfatizaram aspectos diferentes de suas vidas, fato que evidencia a singularidade de cada uma. Estes relatos trouxeram à tona vivências que ficaram marcadas pela dor e pela satisfação. De modo geral, relacionaram o cuidado de si neste período com o cuidado recebido pelos pais, e o cuidado do outro ao cuidado que as mesmas deram a seus irmãos menores, ou a ajuda aos pais no cuidado do lar. Assim, foram relatadas várias experiências de cuidado em que sentimentos de amor e de proteção estavam sempre presentes. Da mesma forma foram apresentadas experiências de não-cuidado, através de sentimentos de mágoa, medo, desamparo, dentre outros.

Nesse sentido, Luísa apresentou-nos sua colagem: com uma casa e com dois garotos em uma sala de aula. Junto com essas figuras colocou a palavra *imposição* e as frases: “*Educação dos pais*” e “*Conhecendo o amor de Deus*”. Ao comentar sua colagem, centralizou os significados do cuidado de si em seu pai, por ser órfã de mãe, conforme nos disse com muita emoção e lágrimas nos olhos. Porém, acreditava não ter sido amada por seu pai, uma vez que não percebia manifestações de afeto por parte dele. Por outro lado, recordou a preocupação do pai em manter a casa, o abrigo da família, o cuidado com sua educação escolar e com a sua disciplina. Quanto ao significado de não-cuidado para Luísa, este foi identificado como a ausência de diálogo e restrição à sua liberdade de expressão.

Da fala de Luísa podemos perceber que, mesmo sem ter conseguido lhe mostrar seu amor, seu pai tinha preocupações que demonstravam uma forma de cuidado e de amor, apesar dela não reconhecer como tal. Com o objetivo de fazê-la perceber o cuidado que seu pai tinha por ela, perguntei-lhe o que poderia motivar seu comportamento pautado em tanta seriedade e rigidez para com os filhos, e obtivemos a seguinte resposta:

“Eu penso que ele estava nos preparando para que nós pudéssemos seguir por nós mesmos, sem que dependêssemos dele ou de qualquer outra pessoa e que pudéssemos distinguir o que é certo e o que é errado”²⁰
(Luísa).

Em seguida, Luísa compara seu pai a um porto seguro. Pergunto-lhe o que seria este porto seguro para ela, hoje, tendo respondido:

“(...) É o meu trabalho, os poucos amigos que a gente pode recorrer e a minha família que está continuando” (Luísa).

Ao compartilhar seus sentimentos com o grupo, Luísa se emocionou e chorou em alguns momentos, contagiando as demais participantes. Quanto ao cuidado do outro, essa trabalhadora se limitou a comentar sobre uma boa experiência que teve quando, já na oitava série, começou a lecionar e também a ajudar a cuidar dos alunos.

A próxima a apresentar sua colagem foi Maria, que ao falar mostrou-se contundente e breve. Apresentou-nos uma figura de uma criança sorridente correndo e outra de uma jovem com um vestido de festa. E aparentando satisfação referiu:

“Eu só me lembro que na minha infância eu brincava muito. ERA FELIZ.” (Maria).

O termo brincar/brincava, expressado nessa fala de Maria, surgiu como um dos significados do cuidado de si na infância. Em seguida, mudando um pouco o tom de voz e aparentando consternação, falou que às vezes se *“machuca ao lembrar de um baque”* que teve na adolescência, o qual hoje acredita já ter superado. Todavia, não demonstrou vontade de compartilhar este sentimento com o grupo. Quanto ao cuidado do outro na infância, Maria o percebeu como a ajuda dada a sua mãe para cuidar dos irmãos durante as tardes.

Concluída a fala de Maria, Ana mostrou-nos sua colagem: a foto de uma menina chorando e sendo abraçada por sua mãe. Esta trabalhadora ficou órfã de pai muito cedo, tendo dificuldade em aceitar esta perda. Dos comentários feitos por Ana, verifiquei que para essa trabalhadora, os significados do cuidado de si durante a sua infância emergem como sentimentos de proteção, ajuda, consolo, solidariedade e mutualidade. Esses significados também são constatados quando Ana fala sobre o cuidado que ela vivenciou junto a seus pais e irmãos:

“Na infância, o que eu me lembro era que meu pai me protegia, minha mãe me protegia, depois o pai morreu (...). Ela não podia abraçar todo mundo... e a gente se protegia e cuidava... e ela fazia muito mais porque era pai e mãe junto (...), (Ana).

O cuidado de si também aparece com os significados de lazer e divertimento quando Ana relata as sensações que tinha em suas férias escolares ao visitar um sítio de

propriedade de seus parentes. O cuidado do outro, na manifestação de Ana, apresenta-se intimamente ligado com o cuidado do si:

“E tanto a mãe cuidava da gente e a gente ajudava ela... era consolo né?” (Ana).

Carolina, que não realizou a colagem, referiu não ter encontrado figuras que significassem o cuidado de si. Revela uma infância com significativas vivências de não-cuidado, repleta de sobressaltos e medo das agressões do pai alcoolista. Além disso, cita a carência de afeto por parte da mãe. Para ela, experiências positivas de cuidado estavam relacionadas ao estar fisicamente doente, ocasiões em que era tratada com privilégios, com uma maior atenção da mãe e comidas especiais. Naqueles momentos o cuidado significava carinho, proteção e diálogo, como refere, a seguir:

“A doença, naquela época, para mim era uma coisa maravilhosa, porque eu sabia que a mãe dava carinho para a gente... parava para conversar... ela protegia... eu sabia que a mãe era boazinha quando eu estava doente... pior era nas horas das injeções” (Carolina).

O cuidado do outro foi expresso como uma obrigação e como obediência a sua mãe no cuidado dos irmãos mais novos.

Rita, que no início da colagem pedira permissão para falar de “coisas ruins”, mostrou-nos em sua colagem um casal acompanhado de duas meninas, a menor fazendo uma careta. Junto com esta figura havia uma frase, na qual se lia: *“para extinguir o carma maléfico produzido no passado”*. De seus comentários, percebemos que o amor, aliado aos sentimentos de proteção e segurança, surge para ela como significado do cuidado que seu pai lhe proporcionava.

Sobre a frase que nos mostrou em sua colagem, não fez nenhuma referência, porém de sua fala podemos perceber que evidentemente o *“carma maléfico”* a que se referiu a trabalhadora significa exatamente a perda precoce de seu pai, quando ela tinha onze anos de idade. Ressaltou também não sentir que sua mãe lhe transmitia o mesmo amor demonstrado por seu pai. Neste momento consideramos importante lembrar a Rita que ela teve a oportunidade de ter uma experiência de ser amada e cuidada de forma intensa. As demais trabalhadoras permaneceram atentas e em silêncio, demonstrando mais uma vez solidariedade e respeito para com os sentimentos de sua colega.

Em seguida, Clara nos apresentou uma figura com um cachorro e outra com uma criança doente. O cachorro representava o cuidado que sua mãe lhe proporcionou quando foi mordida na perna. A figura da criança está representando o cuidado que ela deu a seus irmãos desde sua infância. Explicou que o cuidado do outro surgiu para ela desde pequena ao auxiliar sua mãe no cuidado dos irmãos. Ao continuar sua fala, Clara nos trouxe as sensações de prazer e satisfação que também significam formas de cuidado de si geradas pelo cuidado do outro, como podemos verificar neste comentário:

Ah! Eu sentia uma coisa tão gostosa! (...) O berço do bebezinho era eu que balançava, minha mãe fazia serão no trabalho, então a responsável de cuidar era eu junto com a minha avó... Quando o meu pai morreu esse cuidado era mais especial ainda (...). Parecia que eu queria cobrir a falta dele para os meus irmãos³² (Clara).

Em seguida, foi a vez de Madalena se manifestar. Ela foi breve em ocupar seu espaço. Mostrou-nos em sua colagem uma figura de uma pessoa sendo examinada por um médico e outra de um lindo bebê rosado (anexo 05). Sobre a primeira figura, comentou sobre a solidão e a carência afetiva que sentiu quando foi hospitalizada com hepatite, porque não podia receber visitas. Quanto à figura do bebê, explicou satisfeita que demonstra o cuidado que ela teve com seu irmão.

A última a apresentar sua colagem foi Luciana. Estava quieta e com os olhos cheios de lágrimas. Hesitava em falar. Perguntamos se preferia não se pronunciar. Ela, naquele momento, nos mostrou sua colagem feita com frases recortadas, com os seguintes dizeres:

Quem ama será amado, quem dá receberá.

Pratique atos que beneficiem os outros.

A alegria de ir construindo um lar.

Ficando solitário, o ser humano degenera-se.

Tento manter na minha vida coisas que não relembro do passado, pretendo passar para os meus, coisas boas e sadias³³ (Luciana).

Destas frases, a última foi criada pela própria Luciana. Sua fala foi a mais longa desse encontro. Como experiência de não-cuidado relatou-nos sobre as desavenças entre seus pais e sobre a separação dos mesmos. Quanto ao cuidado de si na infância, este ficou prejudicado pelas percepções negativas que teve por não se sentir amada pela mãe. Já o cuidado do outro apareceu sob a forma da proteção e do amor que dispensava ao pai.

Algumas participantes vieram ao auxílio de Luciana, com sugestões de como resolver os conflitos que ainda hoje tem com sua mãe devido às vivências da infância. Lembramos a Luciana que hoje ela tem mais capacidades para compreender os acontecimentos do passado.

Terminados os trabalhos, refletindo sobre o seu desenvolvimento e sobre o direcionamento tomado pelo mesmo, vi-me surpreendida pelo conteúdo, profundidade e diversidade de algumas experiências e significados de cuidado que emergiram de suas falas. Procurei interferir o mínimo possível durante esses comentários com o objetivo de deixá-las expressar, às suas maneiras, as suas próprias vivências. Assim, intervi somente nos momentos em que considere adequados para proporcionar às trabalhadoras uma reflexão ou mudança de perspectiva, com vistas a possibilitar-lhes uma maior autonomia.

Ao finalizar esta vivência, propus a todas que nos déssemos um grande abraço coletivo, que expressasse o compartilhar dos sentimentos de cuidado como o amor, o apoio e a compreensão que sentimos durante esta tarde. Enfatizei a capacidade de escuta e doação de cada uma delas na concretização deste encontro.

A avaliação conjunta da dinâmica do encontro evidenciou a satisfação com o mesmo e reforçou a sua continuidade. Pude perceber, naquele encontro, que várias trabalhadoras haviam passado por experiências comuns de perda do pai, tendo dificuldades em aceitá-las. Com esta perda elas assumiram um papel de destaque no cuidado dos irmãos menores. Esta experiência pode ter contribuído para o amadurecimento precoce das mesmas, como pôde ser percebido por suas falas.

Terceira Vivência: Apresentação dos Conceitos e Pressuposições do Cuidado Transdimensional

Na terceira vivência compareceram sete trabalhadoras, sendo que apenas Rita se fez ausente, alegando posteriormente que estava descansando por haver realizado horas extras noturnas na noite anterior à vivência. Naquele dia utilizei a dinâmica de renascimento. Contudo, antes de iniciá-la, decidi apresentar às trabalhadoras alguns conceitos do Cuidado Transdimensional e do processo de morte-renascimento para que conhecessem o

referencial que utilizávamos, com vistas a facilitar suas participações. Para tanto, logo após o relaxamento (anexo 02), apresentei os conceitos e pressupostos do referencial adotado.

Após a exposição do referencial, solicitei que lessem um texto selecionado do Cuidado Transdimensional (anexo 06), que havia sido dividido em oito parágrafos, enumerados e entregues a cada uma aleatoriamente. A leitura do texto foi realizada de acordo com a ordenação numérica dada ao mesmo e com a participação de todas.

As interpretações e os exemplos elaborados pelas trabalhadoras sobre o referencial evidenciaram a sua compreensão. Nesse sentido, apresento o raciocínio de Luísa sobre o processo evolutivo, e o de Luciana sobre o processo de morte-renascimento, respectivamente:

“Se a gente pegar como exemplo a árvore, observamos nela várias fases, foi primeiro uma semente, depois enraizou, cresceu, se tornou uma árvore adulta, deu frutos, atingiu a idade madura não produzindo mais e após morre dando lugar à outra árvore não é? Assim podemos comparar a nossa evolução, fomos sementes, fomos gerados, nascemos, passamos por várias etapas de evolução, crescemos, passamos a fase infantil, adolescente, adulto, fases de amadurecimento tanto sexual, quanto físico, quanto espiritual e depois chegamos a uma fase que aqui na natureza é considerada final, mas para nós não será” (Luísa).*

“Hoje a minha consciência me faz lembrar do passado e talvez a mágoa seja isto, que eu cuidei só de uma pessoa, tive o cuidado de cuidar só de uma pessoa, esqueci da outra, hoje eu tenho mágoa desta pessoa e talvez essa pessoa tenha mágoa de mim não é? Hoje eu tenho essa consciência” (Luciana).*

Da fala de Luciana, transcrita acima, verificamos uma tomada de consciência de seus sentimentos e emoções em relação à sua mãe, os quais emergem dos desafios vivenciados no relacionamento desde a infância.

No decorrer da leitura e reflexão sobre os conceitos de “Consciência Individual e Consciência Universal” e “Processo de Morte-Renascimento”, contidos no texto, enfatizei para as trabalhadoras que, quando passamos pelo processo de morte-renascimento, a aceitação a nós mesmas e o reconhecimento de nossas limitações é fundamental para que possamos compreender os acontecimentos de nossas vidas, para poder, então, transformá-la. Além disso, este reconhecimento é, por sua vez, essencial para que possamos aceitar o outro ser, mesmo com as limitações que lhes são inerentes, sabendo-as serem temporárias em seu processo existencial.

Em seguida iniciamos a vivência do renascimento (anexo 07), a qual consistiu em recriarmos um útero materno através do entrelaçamento das trabalhadoras para possibilitar que aquelas que experienciaram vivências traumáticas em suas infâncias buscassem novos significados para as mesmas, liberando suas mágoas e sentimentos de culpa. Após a vivência, proporcionei um espaço para que compartilhassem as percepções que tiveram durante o renascimento, se assim o desejassem. Algumas trabalhadoras expressaram o que experimentaram e sentiram enquanto estavam aconchegadas entre si no grande útero formado por elas durante o renascimento. Nesse sentido, Luísa afirmou ter visualizado uma foto antiga em que aparece ao lado de seu pai e percebeu que, mesmo passando por uma série de desafios em sua vida, ele sempre a acompanhou, e que esta foi sua forma de lhe amar. Dentre as demais colocações que foram realizadas, considero interessante transcrever uma parte da fala de Carolina, que se expressou dessa forma:

“Semana passada a gente trabalhou assim tudo o que a gente sentiu como criança, não é? Hoje a gente já reviu tudo o que nós passamos, não é? Até coisas que a gente não colocou e sobre coisas como tu falasses na reflexão aqui sobre liberar nossos sentimentos, culpa, mágoa, outras coisas, as emoções, não é? Então hoje, na nossa reflexão aqui eu consegui, eu senti que consegui, eu sei que onde ele tá ele vai saber que eu consegui perdoar. Mas eu senti assim que eu cresci em sabedoria. Não assim que eu saiba tudo (...)” (Carolina).

Quanto à avaliação da forma como as vivências estavam sendo conduzidas, as trabalhadoras mostraram-se satisfeitas em participar e consideraram sua presença importante para a concretização do cuidado. Lamentaram que os/as demais colegas não estivessem participando. Disseram estar contentes porque estavam conseguindo expressar seus sentimentos, ressaltaram a oportunidade de identificar e compreender experiências passadas através do renascimento e das reflexões surgidas a partir de suas falas. Encerramos a vivência dando-nos as mãos, formando um círculo, olhando umas para as outras e destacando a importância da participação de cada uma para a construção do cuidado.

Quarta Vivência: Significados do Cuidado de Si e do Outro na Adolescência

Nesta quarta vivência, depois da sessão de relaxamento (anexo 08), solicitei às trabalhadoras que se reportassem à adolescência e modelassem (anexo 09), na argila, um objeto que sintetizasse o cuidado de si e do outro naquele período. As peças que surgiram foram as seguintes: duas crianças e uma panela, um tanque de lavar roupa e uma bola, algumas bolas de caçar passarinho, uma moça, um vestido de bolas, uma sandália de salto alto, e uma moça em um aparelho gessado, em posição sentada.

Esses objetos trouxeram relatos de experiências de vida em que os significados de cuidado de si e do outro foram relacionados com trabalho, educação, cuidado físico, brincadeiras infantis, sexualidade, puberdade, repressão e violência sexual, os quais trouxeram sentimentos e emoções como paixão, satisfação, medo, mágoa, incompreensão, insegurança e vergonha.

Todas participaram tanto através da modelagem como através de suas falas e comentários. Isso possibilitou que muitas experiências de vida fossem trazidas para o grupo. Apesar de algumas dessas experiências serem semelhantes para mais de uma trabalhadora, de suas vivências emergiram significados diversos, de acordo com suas naturezas essenciais e de suas crenças e valores.

Assim, enquanto Carolina se referiu ao cuidado como subsistência, dando-lhe significados de não-cuidado, uma vez que lhe causava sentimentos de repressão e medo, Ana comentou que percebia o trabalho com naturalidade, possibilitando-lhe inclusive algumas horas de lazer, como verificamos em seus relatos:

“A mãe me colocou de doméstica na casa da mulher (...). Eu morria de medo da mulher (...). A mãe não queria saber (...). Eu tinha que ficar”⁶³ (Carolina).

“Eu tanto trabalhava como brincava”⁶⁴ (Ana).

Por outro lado, o trabalho também começa a ser visto como cuidado do outro, seja em sua própria casa, cuidando dos irmãos e ajudando nas demais tarefas domésticas, ou em outros lares como babás ou empregadas. O significado deste cuidado surge como prazer e

satisfação quando realizado em casa com os irmãos, e como obrigação quando tendo que trabalhar fora e cuidar de outros para a sobrevivência da família.

Quanto ao cuidado de si, percebemos também que na adolescência as trabalhadoras passaram a assumi-lo como de responsabilidade delas, enquanto na infância era considerado apenas como sendo de responsabilidade de seus pais, como vemos no relato de Clara que, ao se referir sobre cuidado de si, o fez denotando-lhe o significado de sobrevivência, além de priorizá-lo em relação aos demais:

“Cuidado de mim? Eu não tinha muito tempo para cuidar de mim. Comecei cuidando em casa e depois de certa idade fui trabalhar de doméstica e daí eu cuidava de tudo, não é? Restava muito pouco tempo para eu poder estudar”²³ (Clara).

Cabe ressaltar ainda a forma como foram percebidas as transformações do corpo, a menarca e o despertar da sexualidade, trazendo experiências de vida bastante significativas, ocasionadas em razão da ausência de educação sexual, aliada à proibição velada de dialogar sobre o assunto com os pais. Neste sentido destacamos as seguintes colocações:

“Não tinha liberdade de chegar e dizer pra eles (...). Esperei para ver o que ia acontecer (...). A gente foi educada assim, a ter vergonha do que acontecia, dessa mudança que ocorreu com a gente”²⁴ (Luísa).

“Quando eu comecei a trabalhar, eu já tinha amizade e fui escutando né? As coisas... E aí eu vi que era normal”²⁵ (Madalena).

No entanto, essas transformações do corpo, apesar de não serem muito bem compreendidas, geravam sentimentos de auto-estima e vaidade:

“Eu era vaidosa, andava sempre de salto alto, batom (...) Me maquiava todo dia”²⁶ (Luciana).

“Quando fiquei mocinha eu gostava de tirar a minha roupa na frente do espelho. Eu rezava para os meus seios crescerem”²⁷ (Clara).

No depoimento mais marcante desta vivência, em que Carolina nos revelou, com hesitação, que fora vítima de um estupro quando jovem, vemos a submissão e a falta de apoio prejudicando o cuidado de si na adolescência, gerando emoções como medo e insegurança, expressando significativas vivências de não-cuidado.

Carolina viveu anos com esse segredo, e só há poucos dias havia conseguido revelá-lo para duas colegas do grupo. A forma como reagiu a esse trauma, mantendo-o em segredo, foi-nos descrita do seguinte modo:

Tinha medo que acontecesse de novo (...). Tinha medo que não acreditassem em mim (...). Na minha família eram meio violentos, se acontecesse alguma coisa eles matavam (...). Então, eu tinha medo de dizer um ai (Carolina).

Além disso, Carolina comentou conosco as conseqüências desse acontecimento em sua trajetória de vida e os desafios ocasionados em sua sexualidade. Sua narração foi ouvida atentamente pelas demais que se demonstraram sensibilizadas. A tensão esteve presente, demonstrada pelo semblante sério e pelo silêncio das participantes.

A fala de Carolina fez com que refletíssemos sobre o quanto estamos sujeitas aos preconceitos culturais da sociedade patriarcal e como estamos impregnadas por esses preconceitos, o que ficou demonstrado pela tensão que surgiu ligada ao tema de violência sexual. Esta tensão somente foi quebrada quando Maria, numa atitude até então não ocorrida no grupo, em vez de aguardar que déssemos prosseguimento às apresentações, como vinha ocorrendo, solicitou através de uma brincadeira que Luciana continuasse.

Antes de terminarmos a vivência, refletimos juntas sobre as experiências vivenciadas na adolescência, carregadas de emoções e de significados. Diante do clima de consternação que tomou conta do ambiente, em virtude das significativas experiências de não-cuidado que foram reveladas nessa vivência, antes de nos despedirmos solicitei que cada uma de nós nos abraçássemos de forma terna e amorosa para sairmos mais fortalecidas.

Considerando o impacto gerado pela experiência relatada por Carolina, senti a necessidade de explorar com mais profundidade os significados da violência sexual. Esperava que o período transcorrido entre este encontro e o seguinte pudesse levá-las a refletir sobre o assunto e prepará-las para retornarmos àquele tema. A importância do tema “violência sexual sofrida pelas mulheres” ganha maior dimensão em nossa sociedade pelo fato das vítimas de acontecimentos como esses não costumarem revelá-los, seja em razão da vergonha que sentem, seja pelo medo de serem reprimidas e consideradas culpadas.

Por isso, reservei a quinta vivência para refletirmos sobre este assunto, com vistas a trabalhar as percepções de todas sobre fatos como esse e também sobre sua própria sexualidade, para aumentar sua compreensão, favorecendo um processo de morte-renascimento.

Quinta Vivência: Significados da Violência Sexual para as Trabalhadoras

Nesta vivência, logo após o relaxamento (anexo 10), solicitei às trabalhadoras que expressassem quais os sentimentos que experimentaram quando Carolina revelou para o grupo a violência sofrida, ao que obtive anuência de todas as participantes.

Para a minha surpresa, formou-se entre nós um diálogo dinâmico, franco e sem censuras, no qual além de trabalharmos a questão do estupro, puderam trazer suas próprias experiências e sentimentos em relação ao assunto.

A primeira a se manifestar foi Luciana que, demonstrando ansiedade, relatou ter sentido “medo” no momento em que foi abordada a questão do estupro, com relação a sua filha, tendo receio que a criança pudesse ser vítima de uma situação semelhante. Esse relato foi extremamente importante, fundamental para que se estabelecesse, logo de início, um ambiente favorável à manifestação das demais trabalhadoras. Isto porque, mais do que o medo de que viesse a acontecer algo com sua filha, Luciana afirmou-nos que o principal motivo desse sentimento é o fato de não conseguir conversar sobre temas relacionados à sexualidade com a menina e que, em razão disso, caso a mesma viesse a ser vítima de uma violência sexual, provavelmente não se sentiria à vontade para compartilhar esse sentimento com a mãe. Essa ausência de diálogo entre mãe e filha pode ser notada em uma de suas falas:

*“Falar desses assuntos com ela, não tem, eu acho que eu não consigo”
(Luciana).*

Em seguida, Clara vem em seu auxílio, sugerindo que converse sempre com naturalidade com a filha, procurando falar sem preconceitos e sem julgamentos. No mesmo sentido, também relatei a experiência com a educação de meus filhos, em que

procurei sempre demonstrar naturalidade frente a seus questionamentos e lhes passar segurança em relação ao meu apoio e amor.

Após os comentários sobre a manifestação de Luciana, outras três trabalhadoras se expressaram, mostrando compaixão à Carolina. Madalena, Luísa e Clara narraram algumas experiências suas ou de conhecidas envolvendo assédio sexual. Naquele momento, com a participação das demais, foram discutidos os sentimentos gerados em situações deste tipo, como a vergonha de denunciar e o medo de não contar com o apoio dos familiares.

Nas colocações que foram feitas, todas, de alguma forma, evidenciaram que provavelmente, naquela época, teriam uma reação idêntica à de Carolina, não compartilhando com ninguém os acontecimentos, por considerarem que a incompreensão da sociedade e da família era ainda maior que nos dias de hoje.

Um outro comentário importante foi o de Rita, que emocionada expressou o seu pesar, chorando e falando da seguinte forma:

Quando a Carolina falou, eu senti uma tristeza tão grande, tão grande, talvez isso até vá magoar ela. Agora que eu posso falar uma coisa que é para ela esquecer e ela volta a se lembrar... Uma coisa assim tão ruim (Rita).

A importância desse comentário se deve principalmente ao fato de Rita não ter participado do encontro em que foi apresentado o referencial do Cuidado Transdimensional bem como alguns de seus conceitos. Diante disto, aproveitei para explicar-lhe e reforçar para as demais trabalhadoras o processo de morte-renascimento, sem nos preocuparmos em fazê-las decorar a sua denominação, mas procurando fazer com que compreendessem realmente o processo e a sua importância. Nesse sentido, aproveitei para transcrever as palavras que utilizei nessa explicação:

Rita, quando algum acontecimento nos faz sofrer, não falar sobre ele faz com que aqueles sentimentos gerados continuem a nos fazer sofrer sempre que tentemos esquecê-lo. Podemos imaginar isso da seguinte forma: quando algum acontecimento nos causa um impacto profundo e nos faz sofrer, ocasionando sentimentos como mágoa, vergonha, culpa e raiva, o medo que temos de lembrar-nos deste acontecimento é como se fossem amarras que nos ligassem àquele fato, causando-nos mais sofrimento. E quando conseguimos falar sobre aqueles acontecimentos, e compreendemos o significado que teve para nossas vidas, essas amarras vão se soltando, levando junto o sofrimento que causavam, e ficamos com

o aprendizado. Esse aprendizado nos torna pessoas mais fortalecidas e podemos enfrentar mais facilmente os desafios da vida (Karla).

A seguir Maria questionou o grupo sobre a causa do sentimento de vergonha gerado nas mulheres que as impede de denunciar uma ocorrência de abuso sexual. As trabalhadoras que se dispuseram a comentar o assunto relacionaram essa vergonha ao fato da mulher ser considerada, muitas vezes, como a causadora da situação como também ao menosprezo das autoridades masculinas nas delegacias em que são feitas as queixas, e ao medo de não receber a compreensão e o apoio de parentes e amigos.

Naquele momento também senti a necessidade de intervir na discussão. Abordei, então, a complexidade do tema, que é comum a uma grande parcela de mulheres e crianças em nossa sociedade, inclusive entre nós mesmas, em que vários exemplos foram relatados. Nesse sentido, lembrei que, pela condição de mulher, fomos educadas e ainda educamos nossas filhas com uma série de restrições que nos ditam o nosso papel na sociedade: um papel de submissão e inferioridade em relação aos homens. Abordei sobre a necessidade de se abolirem os preconceitos em relação às mulheres e que a impunidade dos homens que cometem violência contra as mulheres somente diminuirá se forem feitas denúncias nos locais apropriados.

Após estes esclarecimentos, solicitei à Carolina que expressasse o que estava sentindo:

Ah! Eu estou assim aliviada, não vou dizer que eu acho. Eu tenho certeza, sabe? Até em casa mesmo eu vou em frente, estou conseguindo me liberar, sentir mais prazer até em relação a minha sexualidade (Carolina).

No final realizei outro renascimento (anexo 11), para valorizar o “ser mulher” de cada uma delas, através da aplicação de energia amorosa pelo toque entre as mesmas. Antes de nos despedirmos, realizamos uma avaliação do encontro, na qual ficou expressa de forma verbal e não verbal a satisfação das participantes pelo processo de cuidado que estávamos desenvolvendo.

Sexta Vivência: Significados de Cuidado de Si e do Outro na Vida Adulta

Na sexta vivência ficamos sem a colaboração de Clara, que esteve ausente por estar ocupada com os afazeres domésticos. Com vistas a construirmos o cuidado através dos significados do cuidado de si e do outro na vida adulta, após o relaxamento (anexo 08), utilizei novamente a técnica de colagens (anexo 12) com figuras de revistas, em razão de sua simplicidade e da boa aceitação em vivência anterior.

Enquanto realizavam as colagens, as trabalhadoras mantiveram-se em silêncio. Ao exporem seus trabalhos se permitiram apresentar experiências em relação ao cuidado de si e do outro, possibilitando que as demais identificassem novas perspectivas para suas dificuldades. Essas dificuldades foram expressas pelas participantes através da emoção por elas causada.

Iniciando as exposições das colagens, Ana fez uma colocação, da qual abaixo transcrevemos uma parte, em que o cuidado de si e o do outro na sua vida adulta aparecem entrelaçados. Pudemos perceber, durante sua fala, que o cuidado aparece não apenas em atos isolados de seu cotidiano, mas se faz presente em todas as suas ações, surgindo como um modo de vida.

“Posso começar? Porque eu não sei, eu acho que estou aqui porque a primeira coisa que faço já ao sair de casa, antes de chegar na enfermaria e começar o plantão, é uma oração: Poderei fazer tudo com a ajuda de Cristo que Ele me dará forças (...). Eu faço em casa também para os meus filhos (...). É importante para o cuidado da gente e também da enfermaria porque o ambiente fica calmo e as pacientes bem mais tranquilas (...). E depois é um cuidado que eu tenho comigo mesma, para o meu interior, realizar esta oração” (Ana).

A partir da manifestação de Ana, nesta tarde, foram trazidas experiências de vida relacionadas ao cuidado tanto no lar como no trabalho e na sociedade. Os significados do cuidado de si abrangeram os cuidados físicos e espirituais, com seu próprio ser ligado à espiritualidade através da oração e reflexão; à saúde; aos exames médicos; ao lazer; aos passeios; às amizades e os cuidados com a aparência física.

Já o cuidado do outro surgiu tanto como cuidado à comunidade, na fala de Luísa, através de trabalhos comunitários, como também cuidados ligados à preservação da família e à educação e orientação dos filhos. Abaixo temos os comentários de Carolina sobre o

cuidado expresso na educação de seus filhos, e o de Madalena, relacionado ao cuidado na preservação da família respectivamente:

“Eu procuro fazer com que eles sejam educados, eles são umas crianças boas, mas eu não sei..., eu procuro preservar isso neles, pra eles serem sempre bons” (Carolina).

“Eu coloquei uma foto da família porque todo o mundo sabe que é uma coisa que eu preservo (...). Se tem alguma coisa que eu preservo é a união da família, é esse o meu cuidado” (Madalena).

Os significados do cuidado no trabalho, por sua vez, foram relacionados com vários sentimentos, quais sejam: calma, compaixão, tranquilidade, solidariedade, reconhecimento e satisfação. Dentre as colocações que houve nesse sentido, selecionamos as de Ana, Luísa e Maria:

“Eu gosto de trabalhar com elas tanto acamadas quanto agitadas. É importante saber cuidar delas (...). Gosto de ver a recuperação” (Ana).

“E aqui no sentido que eu estou trabalhando na enfermaria eu procuro ter um momento assim pra escutar, porque sempre a pessoa, como nós temos ali pacientes que estão muito depressivas não é? E às vezes ficam isoladas, e eu procuro assim conversar com elas, fazer com que ela converse, nem que seja uma palavrinha ou duas, fazer com que ela bote para fora alguma coisa dela. Então sempre que eu auxílio na higiene eu procuro conversar com elas sobre a família, sobre o trabalho, moradia, o que fazia antes né? Procuro conversar neste sentido com elas” (Luísa).

“A minha opinião é que eu me sinto bem lá. Não tenho nada contra as pacientes, com a loucura. Elas gostam de mim, eu sinto isso. Domingo eu cheguei, as pacientes se aproximaram de mim. Tem dias que tá mais agitado, a gente tem que manter a calma” (Maria).

Ainda com relação ao trabalho, também foram manifestadas formas de não-cuidado, contrapondo-se aos sentimentos anteriormente descritos como as emoções de medo, ansiedade, irritação, intolerância e insatisfação, entre outras. Alguns desses estados emocionais podem ser constatados em colocações feitas pelas trabalhadoras, como por exemplo nas falas de Maria, Rita, Luciana e Ana, a seguir:

“O que me tira do sério é a paciente desorientada e agitada. (...) Ela não tá conseguindo dormir, tu tenta conversar e ela não entende (...) se tu deixares que fique no mesmo ambiente com as outras, ela pode ser agredida fisicamente, agita as pacientes e agita o funcionário” (Maria).

“(...) Às vezes eu sou meio agressiva com elas (...) e nesses casos eu paro e penso assim. (...) O problema é psiquiátrico, é uma coisa que elas estão

fazendo, mas não é por elas né? E isso às vezes me perturba, que depois de fazer (...) às vezes eu me arrependo (Rita).

Porque ainda hoje aconteceu assim e eu sai do sério, mas também não foi com a paciente, quando eu fui tirar a medicação... aí eu disse gente essa medicação tá aqui ainda, essa paciente não pode ficar sem essa medicação (...) daí a outra se tocou, foi lá e fez (Luciana).

(...) As próprias colegas da unidade não colaboram no cuidado pra elas mesmas. Se todas pegassem junto no cuidado, aliviava um pouco, não se irritavam (Ana).

Quanto às dificuldades sentidas em relação ao cuidar em uma enfermaria psiquiátrica, já ao fazerem seus relatos, nesse e no encontro posterior, muitas trabalhadoras apontaram como principais soluções a maior colaboração entre as colegas e melhores condições de trabalho, como uma estrutura física mais adequada ao cuidado e o suprimento de material necessário como roupas, calçados, e materiais de higiene pessoal, que foram salientados por Luísa:

Quanto o que me incomoda no meu trabalho não é nem tanto a doença das pacientes. É assim quanto à estrutura do hospital. Eu acho o espaço insuficiente, elas estão muito mal colocadas naquele espaço, falta muito material, roupas (...). A questão do calçado tem muitas que pedem um calçado e a gente não tem um calçado adequado (...). E que talvez assim como ali interna paciente psiquiátrica, drogada, como alcoólatra, e que não deveria ser numa ala só, junto, ali. Eu acho que deveria ser diferenciado e ali ela recebe um tratamento igual. Isso incomoda. Eu acho assim (Luísa).

Percebemos também, neste dia, que as trabalhadoras possuem sentimentos ambivalentes em relação aos colegas de trabalho, pois ao mesmo tempo em que elogiavam a equipe, criticavam atitudes de algumas companheiras. Além disso, vimos a dificuldade que elas têm de expressar estes sentimentos claramente umas para as outras, em muitos casos por medo de perderem a amizade das colegas, fato que prejudica seu relacionamento profissional, como evidencia a fala de Rita:

Eu acho que o mal da enfermaria é que se a gente faz uma reunião ninguém abre a boca. Mas também o pessoal tem medo de falar as coisas e ser criticada pela própria colega (Rita).

Nesta vivência, apesar de ter sido a mais extensa, as trabalhadoras se mostraram motivadas em seus comentários, durante todo o tempo. Considerando o adiantado da hora e o fato de não termos esgotado nossas discussões, decidimos continuar esta temática na

próxima vivência. A profundidade dos relatos e seus conteúdos mostraram o quanto se beneficiaram com as vivências que até então foram realizadas, tendo conseguido revelar suas dificuldades e a necessidade de auxílio. Expuseram também que, não bastasse o desgaste natural ocasionado pelo tipo de trabalho que desenvolviam, as dificuldades se tornam ainda maiores diante da ausência permanente de recursos adequados para a prestação desse cuidado.

Além disso, evidenciaram que o relacionamento interpessoal no trabalho é considerado, para elas, como uma forma de cuidado fundamental, tanto para si mesmas como para as demais colegas e pacientes. Para finalizar essa vivência foi lida uma poesia (anexo 13).

Sétima Vivência: Significados de Cuidado de Si e do Outro no Trabalho

Após o relaxamento (anexo 01), iniciamos a vivência solicitando a cada trabalhadora que expusesse como visualizava o seu trabalho, se o percebia como sendo exercido de forma a contemplar o cuidado de si e o cuidado do outro.

Das manifestações que foram feitas nesta vivência, selecionei os comentários de Clara e Luísa sobre a dificuldade que possuem em cuidar numa enfermaria psiquiátrica, em razão da natureza do cuidado que desempenham:

“Eu hoje me sinto mais agitada, falo mais alto em casa e até com as pessoas que estão lá dentro da enfermaria. Eu não era assim. Eu me sinto assim... Bem, estou há alguns anos na enfermaria, eu não queria sair de lá. Por causa do grupo (...)” (Clara).

“O que a gente percebe quando chega na enfermaria é que você pode ser calma, passiva e aos poucos vai adquirindo esse hábito (...). Porque como a Clara que já está há alguns anos ali, o cansaço vem mesmo, vem a fadiga, vem a exaustão. Ali é uma enfermaria que mexe muito com as emoções da gente, com todas, desde o momento em que se vê chegar uma simples paciente (...) Isso são coisas que mexem com o sentimento de quem está ali dentro. Faz a gente refletir... Às vezes por ser uma jovem que está ali poderia ser a sua filha, ou uma pessoa idosa poderia ser a sua mãe, ser você mesmo não é?” (Luísa).

Maria também se manifestou sobre o pronunciamento de Clara, considerando que o fato que a deixou tão abalada deveu-se mais ao cuidado prestado à determinada paciente que exigia muito da equipe, tendo abalado inclusive os/as demais trabalhadores/as. Afirmou sentir a necessidade de emoções como essas serem trabalhadas junto à equipe de enfermagem:

“Porque ali tem todo tipo de paciente, a mais deprimida, a mais agitada, a conversiva então para ti conseguir trabalhar, tens que te trabalhar psicologicamente” (Maria).

Questionei Maria sobre a forma que utiliza para realizar esse cuidado consigo mesma, e obtivemos a seguinte resposta:

“Eu trabalho a minha cabeça, assim o lado da minha emoção, não deixo qualquer sentimento me levar, por isso não me altero muito com o comportamento das pacientes. A paciente que está agitada, desorientada, eu logo tento manejar, se necessário será contida no leito, para não agitar as demais” (Maria).

Como sugestão para solucionar o desgaste causado por esse tipo de trabalho, Luísa propõe a realização de um rodízio com membros de outras enfermarias, para que o/a trabalhador/a que estivesse estressado/a pudesse “descansar” daquela enfermaria.

Em seguida, Luciana traz para o grupo o problema da falta de colaboração entre as colegas de enfermaria. Considera que, ao perceberem que alguém da equipe não está conseguindo realizar o cuidado, o procedimento a ser tomado deveria ser o auxílio imediato, assumindo temporariamente as tarefas daquela colega para que ela possa se recuperar.

Outra trabalhadora a fazer seu comentário foi Ana, que opinou sobre a necessidade de se modificar a forma de organização do trabalho. Nesse sentido, apresentou sugestões de mudanças para beneficiar a equipe e elevar a qualidade dos cuidados prestados. Afirmou que as pacientes receberiam mais atenção se o cuidado fosse desvinculado do posto de enfermagem e focado apenas no acompanhamento contínuo das pacientes.

Rita, por sua vez, expôs novamente a carência de uma melhor estrutura física na enfermaria ao relatar sobre o frio que as pacientes ficam expostas por falta de vidros nas janelas de alguns quartos. Além disso, mostrou-se incomodada em razão de ter que presenciar fatos como esse.

Após o comentário de Rita, as trabalhadoras que exerciam suas atividades há mais tempo na enfermaria referiram que, atualmente, mesmo diante de condições de trabalho tão precárias, ainda é “bem mais fácil trabalhar”, pois há alguns anos o número de pacientes internadas era muito elevado. Ana afirmou ter se responsabilizado por mais de 100 pacientes em uma enfermaria. Luciana descreve esse período da seguinte forma:

“À noite a gente queria trabalhar, não dava, porque tinha paciente até na porta” (Luciana).

Um outro tema apontado, relativo às dificuldades vivenciadas no trabalho, foi a necessidade de uma maior supervisão, comentada por Luciana. Da forma como foi colocada, verificamos que essa necessidade está relacionada não apenas a um acompanhamento técnico, mas principalmente à ausência de apoio psicológico ao/a trabalhador/a.

Nesta vivência ficou evidente a dificuldade das trabalhadoras de realizarem o cuidado de si e do outro em seu trabalho, e o fato de ser este extremamente desgastante. Ao mesmo tempo, mostraram que se sentem submissas e frágeis frente a uma situação colocada, qual seja: a realidade do cuidado organizado de acordo com os padrões da visão biologicista de um lado, e a necessidade de um cuidar voltado à totalidade do ser, de outro.

Além dessa questão, outros problemas relevantes foram identificados: a concentração de um grande número de pacientes necessitando de cuidados intensivos e diversos numa estrutura física inadequada; o estresse causado pela proximidade com os sintomas de transtorno mental das pacientes; a divisão do trabalho; a falta de cooperação entre os/as trabalhadores/as; a necessidade de maior supervisão; a não-resolução de conflitos entre colegas e; a insuficiência de conhecimento técnico.

As trabalhadoras não só apontaram as dificuldades, mas também foram capazes de apresentar algumas alternativas para melhoria da qualidade do cuidado como: maior colaboração entre as colegas e maior responsabilidade na execução de tarefas, e o tratamento em ambiente distinto para pacientes com dependência química.

Antes de encerrar esta vivência, ressaltai para as trabalhadoras a capacidade que tiveram em apontar as dificuldades de cuidado de si e do outro no trabalho bem como de apresentar algumas soluções para estes problemas. Lembrei que, para melhorar o cuidado

de si e do outro, é necessária a participação ativa de cada uma delas, discutindo os problemas no momento em que eles surgirem, seja durante as reuniões, seja durante o próprio trabalho. Logo depois convidei as participantes para um lanche que havia organizado.

Avaliação do Processo de Cuidado

Com a finalidade de fazermos uma avaliação final do processo de cuidado, pedi a elas que comentassem sobre as expectativas que tinham antes de iniciarmos as vivências e de que forma perceberam o cuidado construído por todas nós.

A primeira a realizar sua avaliação foi Carolina, que evidenciou em sua compreensão a importância do cuidado de si:

“Eu pensei que o cuidado ao trabalhador fosse um cuidado que seria passado para nós fazermos para a paciente e não que fosse um cuidado para nós mesmas nos sentirmos melhor conosco e com os outros. Eu estou tendo mais tempo para mim, antes era tudo corrido, nada tinha graça. Agora é diferente. Antes dos encontros eu não dava muito valor para o cuidado, tanto fazia se eu passasse um pente no cabelo ou não. Não dava essa importância para mim mesma, hoje eu quero estar bem para poder passar essa sensação para quem estiver ao meu lado”²⁶ (Carolina).

Em seguida, foi a vez de Luísa, que considerou ter ampliado a sua compreensão sobre o cuidado de si e do outro:

“Eu já tinha uma idéia do que seria, só não esperava que os encontros fossem tão agradáveis. A minha participação abriu uma maior percepção do cuidado para mim e para as outras pessoas. Atitudes que antes me passavam despercebidas, eu passei a notar, refletir, e elas ganham mais valor, mais sentido. A partir do momento em que eu passei por aqui, eu pude perceber o valor que eu tenho no Universo, no local de trabalho, na família, onde eu vivo. A vida passa a ter um outro sentido, dou mais valor às pequenas coisas do que dava antes”²⁷ (Luísa).

Dando prosseguimento à avaliação, Ana relatou para o grupo que tinha uma expectativa totalmente diversa do trabalho que realizamos. Porém, considerou proveitosos os encontros, salientando a necessidade de que um trabalho desta natureza fosse desenvolvido junto aos/às demais funcionários/as:

“Eu nem esperava! Pensei que fosse para a gente se cuidar, por exemplo, usando luva para não se contaminar, essas coisas. Não pensei que era assim, hoje eu tenho uma visão melhor do cuidado, eu acho importante me cuidar primeiro para poder cuidar bem do outro. Procuro fazer isso, não só o cuidado físico, o cuidado espiritual também. Os encontros poderiam ser prolongados e deve ser dada a oportunidade para outros funcionários também participarem” (Ana).

Madalena foi a próxima a fazer sua reflexão. Também tinha uma expectativa distinta do cuidado que seria realizado. Ao final das vivências considerou-as bastante positivas para si. De sua fala podemos inferir que ela vivenciou um processo de morte-renascimento, tanto com relação à sua timidez como em relação à percepção do papel que exerce em sua família, haja vista o fato de ter conseguido expor seus sentimentos.

“Eu pensei que fosse sobre os cuidados com as pacientes e não conosco. Eu não conseguia me abrir com ninguém e consegui nos encontros me abrir com as colegas, e foi bom, tirou assim um peso de dentro de mim. Estou convivendo melhor com a minha família, com os outros também” (Madalena).

Da mesma forma, Rita também mostrou que não tinha conhecimento exato do que estávamos propondo ao iniciarmos o processo de cuidado e, como Madalena, também conseguiu expor seus sentimentos.

“Eu pensei que era para ensinar alguma coisa sobre como cuidar da paciente e também que tu estivesse achando a gente assim, meio pirada. Eu nunca pensei que fosse falar tanto, porque eu sou muito fechada. Mas eu sentia me abrir de repente” (Rita).

Por outro lado, Maria, como ela mesma afirmou, tinha uma certa noção do que iríamos realizar e considerou o processo de cuidado bastante proveitoso para si, o que mostra ter sido efetuado um verdadeiro cuidado ao ser trabalhador.

“Eu fazia uma idéia, só não sabia como seria o cuidado. A minha idéia era essa cuidar de mim primeiro para depois poder cuidar do outro, só não sabia como seria e foi muito bom para mim” (Maria).

Clara, ao falar, avaliou positivamente os encontros, porém sua reflexão ficou mais concentrada sobre o cuidado de si. Tanto durante sua avaliação como nas vivências anteriores percebi que, para ela, o cuidado do outro surge como um autêntico cuidado de si.

“Eu gostei das vivências, vejo que tenho tido mais cuidado com os outros do que comigo... Estou sempre cuidando de alguém... Eu sou a menos cuidada de mim mesma... Mas não me sinto mal” (Clara).

Luciana, a última a fazer sua avaliação, mostrou que conseguiu perceber o cuidado dos outros para com ela e que suas expectativas de como seriam desenvolvidas as vivências foram superadas.

*“Eu tinha a idéia que o cuidado seria desenvolvido assim com esses temas, só não pensava que fosse tão bom estar participando. Me sinto mais fortalecida interiormente, consegui perceber que os que estão à minha volta também estão me cuidando e isso é muito prazeroso”
(Luciana).*

Para encerrarmos o processo de cuidado às trabalhadoras, solicitei que todas nos déssemos as mãos e olhássemos nos olhos umas das outras, formando um círculo que estaria representando o processo de cuidado construído por nós. A seguir, pedi que cada uma, em sua vez, saísse do círculo, visualizasse-o sem sua presença e retornasse ao mesmo.

Enquanto estavam fora do círculo, pedi que percebessem a importância que tiveram no processo de cuidado que foi construído. Para tanto, deveriam tomar a lacuna deixada por sua ausência no círculo para mostrar que, sem as suas participações, o processo de cuidado não teria sido realizado daquela maneira.

A seguir pedi que, ainda de mãos dadas, fechássemos nossos olhos e imaginássemos que, unidas daquela maneira, estávamos junto à natureza, banhando-nos em uma cachoeira. Pedi que imaginássemos ainda que aquelas águas estavam nos proporcionando vigor e energia bem como renovando a nossa capacidade de olhar nossas dificuldades como oportunidade de aprendizado e crescimento.

Antes de nos dispersarmos, dei um presente a cada participante, embrulhado em papel *craft*, e dentro de cada um, uma flor. Depois que abriram seus presentes, expliquei que aquela flor simbolizava cada uma delas, em sua beleza, singeleza e perfeição, e que caberia a cada uma delas expressar estas características durante suas vidas, através do cuidado de si e do outro ser.

CAPÍTULO 4

O PROCESSO DE SER E VIVER DE TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

O processo de ser e viver reflete a capacidade de cada pessoa em compreender o processo da vida e em comprometer-se com o processo de morte-renascimento individual e coletivo. Processo este que promove a renovação e diversificação da vida, uma vez que permite ao ser expressar de forma relativa o absoluto potencial de amor e sabedoria da Consciência Universal.

A consciência do ser integrada ao meio ambiente, enquanto unidade transdimensional de padrão, processo e interação, vai, ao longo das experiências vividas, expandindo suas capacidades e potencialidades, num vir a ser constante. Esse processo de expansão de consciência envolve a inter-relação de múltiplos fatores que compõem o ambiente do ser, dentre os quais destaco a família, o extrato social, a cultura e o período histórico de sua existência. Conseqüentemente, a quantidade e a qualidade das relações estabelecidas refletem o grau de complexidade de expressão da consciência, pois quanto maior a sua capacidade de expressão, maior é a capacidade de percepção das interações que estabelece com o todo (Silva, 1997a).

Importante lembrar que, a partir do referencial adotado, as experiências vividas tendem a se consubstanciar em padrões de significados, um complexo caracterizado pelas

dimensões cognitivo-afetivas que, ao serem potencializadoras da vontade, traduzem-se nos comportamentos do ser. Estes padrões, ao serem incorporados ao repertório de memórias do ser, tendem a se repetirem ao longo da vida, a menos que sejam transformados.

Segundo Silva (1997a), a consciência do ser contém infinitas possibilidades de amor e sabedoria e as considera como sede do passado e do futuro, que cedem lugar a um presente em expansão. O passado está relacionado ao conceito de inconsciente coletivo de Jung, definido como conteúdos psíquicos herdados da evolução da humanidade que estão integrados à consciência do ser. Encontramos também integrando esta consciência a memória passada, que diz respeito aos significados criados na diversidade de vivências e que são expressos pelas conquistas em sua trajetória evolutiva.

O processo de ser e viver se caracteriza, então, por um complexo de experiências, as quais são traduzidas por significados carregados de emoções. Como nem sempre vivenciamos as experiências de uma forma satisfatória, pois nem sempre são como gostaríamos que fossem, nem sempre as compreendemos ou mesmo aceitamos como oportunidade de aprendizagem e crescimento. Podemos, a partir delas, criar padrões de significados desarmônicos. Estes padrões, que tendem a se repetirem, acabam por potencializar a construção de uma cadeia de eventos quase sempre desarmônicos, acarretando mais sofrimento ao ser e àqueles que partilham de seu meio. Como o processo da vida é dinâmico e está em constante transformação, estes padrões são temporários e tendem a serem transformados na medida em que o ser invista no cuidado terapêutico de si, facilitando o processo de morte-renascimento.

Neste sentido, o avanço criativo do ser se dá pelo processo de morte-renascimento, em suas mais variadas formas de expressão, o qual requer o engajamento deste ser no cuidado terapêutico de si, que se caracteriza pelo seu engajamento no viver reflexivo, buscando o conhecimento de si e a auto-aceitação das limitações temporárias, bem como o processo de transformação de si e do meio em que se situa.

As trabalhadoras de enfermagem psiquiátrica, durante os encontros de cuidado, expressaram os significados de cuidado de si e do outro que foram elaborando em suas experiências de vida. Mostraram-se flexíveis para traduzirem os significados de cuidado adquiridos na diversidade de suas vivências, expressas como sofrimento, conflitos,

angústias ou conquistas, tanto em sua vida pessoal como em sua vida profissional, oportunizando alguns processos de morte-renascimento. Os significados de cuidado, acompanhando o ser em sua história de vida, emergiram intimamente relacionados às interações que valorizam o ser e sua subjetividade, gerando sentimentos que contribuem para a sua integridade e harmonia. Por outro lado, os de não-cuidado apresentaram-se vinculados às interações que geram sentimentos negativos e sofrimentos, que desvalorizam o ser e o seu viver, limitando a livre expressão e o avanço criador.

Teço, a seguir, algumas reflexões com base nas informações que emergiram nos encontros de cuidado, relacionadas ao processo vivido na infância, adolescência, fase adulta e no trabalho de enfermagem.

O Processo de Ser e Viver na Infância e Adolescência

A história de vida das trabalhadoras reflete a forma como as interações estabelecidas influem na construção e expressão de suas consciências. As vivências na infância e adolescência desenvolvidas dentro do núcleo familiar são fundamentalmente significativas para a evolução da consciência do ser. Em geral, temos expectativas em relação à família e as idealizamos, esperando que ela produza cuidados, aprendizados dos afetos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertencimento, que promovam qualidade de vida e efetiva inclusão na comunidade e sociedade em que vivemos. Carvalho (1998) nos lembra que essas expectativas são possibilidades e não garantias, pois as famílias vivem em um dado contexto que tanto pode ser fortalecedor ou inibidor de suas potencialidades e possibilidades.

Ao olharmos para o fenômeno família brasileira no século XX, percebemos que as relações aí existentes são multideterminadas. Até meados desse século o clero exerceu forte influência na formação da família brasileira com seu tratamento religioso católico e com o conservadorismo clerical, impondo à sociedade comportamentos europeizados, calcados na idéia de família-padrão (extensa), higienizada e patriarcal, com a marca do moralismo e do controle sexual típicos desta matriz ideológica (Neder, 2000).

Essa estrutura familiar tinha um caráter altamente repressivo, reprodutora das normas de disciplinamento e de controle social ditadas pela Igreja, e impunha às mulheres

um comportamento subordinado e submisso. O sadismo e os castigos físicos praticados pelos pais obedeciam a uma concepção fundada na culpa e aplicavam sanções antes mesmo de dar ao “acusado” o direito de se defender.

O conhecimento científico, a partir do ano de 1950, contribuiu para questionar a necessidade de controlar e disciplinar a criança em um ideário por demais exigente com a divulgação do conhecimento psicológico. Desta forma, o foco da preocupação dos pais passa a ser a saúde emocional de seus filhos, ao invés do desenvolvimento de bons hábitos e normas de convívio social anteriores. A autoridade máxima e distante do pai cede espaço a uma aproximação através do diálogo entre pais e filhos, e as punições físicas dão lugar às aprovações e aos incentivos (Biasoli-Alves, 1999).

A família moderna cede um novo espaço para a mulher nos alicerces da moral familiar e social. A nova mulher (moderna) deveria ser educada para desempenhar o papel de mãe e educadora dos filhos e de suporte do homem para que este pudesse enfrentar a labuta fora de casa. Estas transformações vão se refletir no cotidiano das famílias das trabalhadoras de forma mais ou menos incisiva na medida de sua abertura às influências externas, além de contribuir também para a formação do sistema de crenças de cada uma.

No que diz respeito à infância e à adolescência das trabalhadoras, essas se deram entre as décadas de 60 e 70 na zona rural ou em pequenas cidades, época em que o intenso desenvolvimento econômico e tecnológico acresceu influências marcantes na família e na sociedade, destacando-se o movimento feminista, a redução da extensão da prole, o incrementado processo migratório do campo para os centros urbanos, a alteração dos papéis sexuais com a inserção da mulher no mercado de trabalho, o aumento do nível de escolaridade da população e a presença dos meios de comunicação de massa.

Ao falarem sobre o cuidado de si e do outro na infância e adolescência, as trabalhadoras evidenciaram alguns padrões de significados dissonantes que, de certa forma, aumentaram os desafios vivenciados, denotando ainda pouca compreensão da dinâmica da vida em suas primeiras fases e o despreparo do meio familiar para um cuidado de qualidade. Desta forma, muitas chegaram à idade adulta presas a padrões pouco compreendidos e trabalhados, principalmente pelo despreparo para o cuidado terapêutico de si.

Durante a infância, a necessidade de segurança e preservação está inextricavelmente vinculada à manutenção da vida. Nesse período, o ser é extremamente dependente de outros seres e vulnerável à forma como são realizadas as interações e ao cuidado proporcionado para satisfazê-las, ficando impressas em sua consciência emoções, comportamentos, crenças e valores decorrentes destes aprendizados. Para Cukier (1998), o amor, o respeito e a confiança que um ser sente por si mesmo e a sua auto-estima espelham como evoluiu sua rede de relações familiares nas dimensões biológica, psicológica e sociocultural, dentre outras, e exercem influência em como serão as suas relações com o mundo. As vivências da infância e da adolescência das trabalhadoras de enfermagem foram incorporando conteúdos em suas memórias e influenciando a construção de suas crenças e valores a respeito de si, dos outros e do mundo.

Ao exporem suas vivências, ficou evidente a satisfação das trabalhadoras em relembrar os sentimentos de amor, carinho, proteção e solidariedade vivenciados. O contrário ocorreu com maior ênfase na evocação dos sentimentos de desamor, medo, angústia, desamparo e desvalorização vivenciados, refletindo sofrimento e como as formas de não-cuidado ficaram impressas em seus seres. Fragmentos de sua história de vida são trazidos neste momento para ilustrar as afirmações.

“Eu lembro que ela trancava a gente no quarto para a gente não ver o pai batendo nela (...). E a gente não podia chorar, se a gente chorasse ou fizesse barulho o pai batia em todo mundo” (Carolina).

A violência doméstica a que se refere Carolina é um fenômeno considerado como problema social grave no Brasil, após a década de 80, caracterizado como violência de gênero. Segundo Aceti & Marcon (1999), ao praticar a violência contra a mulher, o homem procura submetê-la à sua vontade e anulá-la. Essas autoras esclarecem que o uso do álcool pode ser considerado um agente desinibidor da violência já latente no indivíduo e não um fator causal.

“(...) Até hoje isso marca. Eu não sei o que é sentar no colo da minha mãe, ter um abraço dela, um beijo (...) nem sei se isso é bom” (Luciana).

“(...) A palavra imposição eu coloquei porque nós não tínhamos liberdade. Então era assim, tudo imposto, (...) o que eles falavam era lei (...), era aquilo ali e deu. Não tinha discussão (...). Não era como hoje que os filhos têm liberdade de discutir com a gente o que querem e o que não querem, o que gostam e o que não gostam” (Luisa).

A imposição esteve presente também no repasse de valores como a religiosidade sobre a qual Ana e Luísa se referem:

“Todo o sábado eu tinha que me arrumar e junto com meus irmãos ir à missa. (...) era uma obrigação” (Ana).

“Fomos também obrigados a ir à missa, não se sabia bem o porquê, mas a gente ia...” (Luísa).

O cuidado do outro na infância das trabalhadoras pode ser caracterizado pelo auxílio aos pais no serviço doméstico ou no cuidado aos/às irmãos/ãs mais novos/as. Em razão da dinâmica de relacionamento interpessoal familiar, as formas de não-cuidado geraram sentimentos de submissão, impedindo que o ser se libertasse de amarras que os condicionaram a calar-se diante do sofrimento imposto.

“(...) Ou tu fazia ou tu apanhava” (Carolina).

Por outro lado, a compaixão, o amor, a proteção, o carinho e a solidariedade em relação aos/às irmãos/ãs mais novos/as favoreceram o desenvolvimento do ser. Estes sentidos foram apreendidos a partir de falas que se seguem:

“(...) A responsabilidade de cuidar era mesmo minha! (...) Quando o meu pai morreu esse cuidado dobrou, era mais especial ainda. Se chegasse alguém e dissesse alguma coisa que magoasse, não magoava a eles, magoava a mim” (Clara).

“(...) A gente protegia e cuidava, ela cuidava da gente e a gente ajudava ela” (Ana).

O cuidado de si que proporcionou grande prazer e satisfação às trabalhadoras foi também relacionado ao lazer e às brincadeiras infantis, provavelmente por terem vivenciado naqueles momentos a sua condição de ser criança, estando em contato com a natureza, podendo abrir-se confiantes para o mundo em contato com outras crianças, sem as exigências que o mundo adulto lhes impunha. Este cuidado foi relacionado ao significado de felicidade:

“(...) Eu brincava muito! Era feliz” (Maria).

As experiências de cuidado quando doentes foram expressas como lhes proporcionando sentimentos de alívio e conforto, bem como o de solidão. Neste sentido, o estar doente era visto como oportunidade de receber atenção e amor.

“(...) A mãe era boazinha quando a gente ficava doente. (...) dava carinho, (...) parava para conversar” (Carolina).

“(...) eu fiquei hospitalizada com hepatite, marcou muito, não esqueço a falta da família” (Madalena).

O enfrentamento de situações que lhes imprimiram sentimentos negativos e que foram trazidas nos encontros de cuidado fez com que as trabalhadoras se percebessem capazes de refletir e transformar seus sofrimentos, dando-lhes novas perspectivas. Evidenciam a riqueza das suas experiências e os inúmeros desafios que enfrentaram neste período de suas vidas.

Ao serem capazes de lidar com a sua dor de forma imanente, de irem ao encontro do seu *self*, transformam e renovam o seu ser e viver. Fragmentos de suas histórias de vida relacionados aos significados de cuidado que foram destacados nas vivências, caracterizam uma parte reduzida de uma totalidade de interações impossível de captar por sua imensa complexidade.

Os significados de cuidado na adolescência evidenciam-na como uma fase de transição entre a dependência dos pais durante a infância e sua independência e autonomia como pessoas adultas. Dessa forma, durante esta transição as trabalhadoras vão assumindo o próprio cuidado de si, que antes estava sob a influência direta dos seus pais. Um cuidado voltado mais para a sobrevivência do que para um viver com qualidade. Nesse processo, a segurança que era transmitida pelos pais passa a ser predicado do próprio ser à medida que este vai ampliando a sua percepção em relação a si e ao mundo que integra. Coll, Palácios & Marchesis (1995) referem-se à adolescência como um período e como um processo em que temas como a identidade, a sexualidade, o grupo de amigos, os valores, a experiência e experimentação de novos papéis tornam-se preponderantes na interação do/a adolescente com o seu meio ambiente e em relação à sua própria vivência.

A adolescência, período em que ocorre a puberdade, considerada como fato fisiológico transcultural, é também em nossa cultura entendida como um período no qual o ser alcança a maturidade física para a atividade sexual plena e para o trabalho, ao mesmo tempo em que é considerado socialmente imaturo. O desenvolvimento saudável na adolescência se configura para o ser em uma série de desafios em que o maior deles será a estruturação de sua personalidade de adulto (Kalina, 1988).

Ao falarem sobre os significados de cuidado de si e do outro na adolescência, as trabalhadoras desvelaram alguns de seus enfrentamentos em suas vivências, evidenciando aspectos como a educação, o cuidado físico, o trabalho, a sexualidade, a puberdade, a repressão; trazendo-lhes sentimentos de paixão, vaidade, satisfação, medo, mágoa, incompreensão, insegurança e vergonha. Através dos seus relatos, os significados de cuidado vão ultrapassando os limites do lar e sendo sentidos em novos espaços.

Desta forma, para algumas trabalhadoras o trabalho em atividades como a de babás e de empregadas domésticas foi fonte importante de cuidado de si e de cuidado do outro. Esse papel doméstico que se concretizou na infância, primeiro no cuidado aos irmãos e à casa, e depois no cuidado em outros lares, é assumido precocemente pelas trabalhadoras, o que faz com que essas tarefas se configurem num verdadeiro desafio e adquiram prioridade em relação aos estudos. Caracterizado nesta etapa como um cuidado à subsistência, o trabalho precoce traz para algumas trabalhadoras satisfação e, para outras, sofrimento devido às circunstâncias existentes.

Carvalho (1998) considera que o trabalho infantil sugere a baixa qualidade de vida das crianças e familiares, que em geral têm seu processo de viver corroído pela carência constante, privação, rotinas de vida lineares e baixas chances de trocas culturais. As habilidades que as crianças que trabalham precocemente adquirem com o trabalho, como iniciativa, circulação no espaço e criatividade, são vantagens que se perdem no tempo, pois são repetitivas e lineares.

“Fiquei lá três anos. De 15 em 15 dias a mãe ia me buscar (...) eu era obrigada a ficar (...). Eu estudava no Aderbal e tudo” (Carolina).

“Foi dos 11 aos 14 anos, fiquei lavando roupa, fazendo pão e cuidando deles, dois meninos e uma menina. Em relação ao cuidado do outro eu cuidei deles (...)” (Ana).

A preocupação com os estudos vinha após a da sobrevivência, configurando um cuidado para possibilitar uma abertura de horizontes na sociedade contemporânea. A profissionalização das trabalhadoras significa um avanço nesse sentido, dadas as dificuldades enfrentadas ao longo do decurso de suas vidas.

“A coisa mais importante que meu pai me ensinou e eu passo para os meus filhos é a necessidade do estudo” (Clara).

“O estudo... O meu pai sempre se preocupava e se a gente não estudou mais foi por outros acontecimentos da vida e não por falta do seu apoio” (Luísa).

Alguns dos outros desafios enfrentados na puberdade foram agravados pela falta de esclarecimentos acerca dos fenômenos naturais do desenvolvimento físico. Palácios (1995) afirma que em nossa cultura a adolescência é o período em que estamos mais atentos/as ao nosso corpo, suas características e desenvolvimento, suas semelhanças e diferenças em relação ao corpo de outros. Assim, o/a adolescente se identifica com seu próprio corpo e se valoriza quando percebe que está se desenvolvendo de acordo com os padrões aceitos pelo grupo a que pertence, podendo ficar insatisfeito ao se afastar desses padrões. Montgomery (1997) refere que o surgimento dos seios, a menstruação e a modificação na forma de encarar a figura masculina abrem uma nova dimensão na vida afetiva da adolescente e que a introdução dos hormônios em seu organismo provoca não só uma transformação em seu corpo, mas também em sua auto-imagem.

“Eu olhava no espelho e dizia: que lindos eles estão, os meus seios!” (Clara).

“Eu adorava usar saia, salto alto. Claro. Era muito vaidosa!” (Luciana).

A vivência da menarca trouxe o sentimento de vergonha para Luísa, que o revelou da seguinte forma:

“Eu pensei que estava doente (...). Eu fui educada assim, a ter vergonha do que acontecia, dessa mudança que aconteceu com a gente” (Luísa).

Através das reflexões durante os encontros de cuidado, foi possível compreender que o não-cuidado, pela falta de diálogo e de demonstrações de afeto, estava intimamente ligado às limitações de um ou de ambos os pais envolvidos com seus dramas particulares e dificuldade de enfrentamento de sua realidade. Da mesma forma, foi possível perceber atitudes de amor e solidariedade sendo repassadas, conferindo segurança emocional a algumas trabalhadoras. A dificuldade de enfrentamento dos pais reflete-se no processo de ser e viver das trabalhadoras.

Carolina, que foi vítima de violência sexual, teve oportunidade de rever sentimentos e emoções junto à solidariedade e clima de compreensão e empatia das demais. Compartilhou conosco a violência sexual sofrida na adolescência e que manteve em segredo por longos anos, pois teve medo de dividir o acontecimento com seus pais e

demais pessoas significativas. Segundo Goleman (1995), as vítimas de uma violência se consideram escolhidas para serem alvos de uma maldade, o que destrói a sua confiança no ser humano e nas pessoas de seu relacionamento.

Com essa experiência relatada por Carolina tivemos a oportunidade de refletir como o arraigado sistema de crenças patriarcais de nossa sociedade vem reforçar essa sensação de culpa em que a vítima de estupro, ao procurar apoio nas instituições como a Justiça, vê-se desacreditada. Essas reflexões acham-se consonantes com os referenciais que Piovesan (1998, p.472) resalta sobre o estupro, como sendo um crime em que a vítima passa a ser considerada culpada da violência praticada contra ela.

Verificamos, neste estudo, que o reconhecimento das ações de cuidado ou de não-cuidado fundamentou-se nas experiências interiorizadas e vividas pelas trabalhadoras quando crianças e adolescentes, que, ao construírem as consciências de si, dão significados às suas vidas (Silva, Bellaguarda & Vogel, 1998). Nas histórias de vida das trabalhadoras de enfermagem são freqüentes as imposições de regras, sem entender o porquê (sem desenvolver, portanto, o sentido de si) ou de poder recusá-las (sem internalizar o sentido do “outro”), formando uma moral heterônoma *que contribui* para transformar o ser em um adulto incapaz de agir e julgar com seus próprios recursos (Sarti, 1995). Ora, o sentido de si e do outro é a base das inter-relações intra e interpessoal, e fundamental para a construção do cuidado terapêutico de si e do outro.

Ainda em relação ao processo de ser e viver da trabalhadora de enfermagem psiquiátrica, se considerarmos que a capacidade para cuidar de si e do outro está diretamente ligada às experiências de ser cuidada na infância e adolescência, e que o cuidado é essencial para a expressão do ser (Silva, Vogel & Virgílio, 2001), então podemos perceber a proporção dos desafios que encontram em sua vida perante o cuidado de si e do outro.

O Processo de Ser e Viver na Vida Adulta

Em geral, consideramos que na vida adulta o ser possui a capacidade para seguir em frente com as exigências que a realidade lhe impõe, com autonomia e independência. Os desafios enfrentados durante a infância e a adolescência evidenciam as limitações à

liberdade pessoal e à expressão da consciência, *através da apreensão* dos padrões de crenças e valores que permeiam uma sociedade em determinado momento histórico. Dessa forma na vida adulta os significados de cuidado tecidos de acordo com a percepção das realidades de suas histórias de vida fluem com o ritmo e com padrão de expressão de suas consciências, refletindo na suas formas de ser e viver.

Os significados de cuidado encontrados acham-se entrelaçados a sentimentos como os de amor, calma, tranquilidade, satisfação e responsabilidade. A sua concretização acontece no cuidado à família, nos relacionamentos familiares e sociais, no trabalho dentro e fora do lar, nos exames médicos regulares, na realização de caminhadas, cuidados com a aparência física, oração e reflexão. No entanto, o cuidado do outro prevalece em relação ao cuidado de si.

“O cuidado que eu tive acompanhando o pré-natal da minha filha, enquanto eu não tive oportunidade de fazer este cuidado comigo (...). Eu orientei ela durante a gravidez”³³ (Luísa).

“(...) Faço para os meus filhos, (...) faço para a enfermaria (...). É um cuidado que eu tenho comigo, com a minha fé, com o meu interior (...) realizar esta oração: Poderei fazer tudo com a ajuda de Cristo que ele me dará forças”³⁴ (Ana).

“(...) Eu gosto de estar lá com as pacientes (...). Eu sinto que elas gostam de mim”³⁵ (Maria).

O casamento é considerado como fonte de cuidado do outro através da criação de um ambiente em que a família possa se desenvolver. Alguns casamentos aconteceram na adolescência, sendo que duas trabalhadoras encontram-se em seu segundo casamento. A sua preservação, por vezes, reflete-se em escolhas que afirmam a influência dos valores da sociedade patriarcal, em que a renúncia e a submissão se travestem de responsabilidade e cooperação. Deste modo, os padrões de submissão e obediência se repetem na idade adulta.

“Eu sempre fui à frente de tudo, a primeira e a última palavra é a minha (...). Fui me afastando das amizades para não criar conflito em casa (...). A amizade que eu tenho é aqui no meu serviço”³⁶ (Luciana).

“Eu coloquei a família porque todo mundo sabe que eu preservo (...) a época em que quase me separei (...). Eu não queria isto para mim”³⁷ (Madalena).

A interação com os filhos proporciona às trabalhadoras reflexões sobre os significados de cuidado quando, a partir de suas experiências da infância, procuram

transmitir apoio, compreensão e confiança. Nesta busca se defrontam com as suas limitações que, ao serem ou não transcendidas, influenciarão os padrões de cuidado seus e de seus/suas filhos/as. Assim, algumas trabalhadoras estão conseguindo transpor barreiras, reavaliando crenças e valores, desapegando e rompendo com os padrões de significados que trazem da infância. Buscam manter um diálogo saudável com seus filhos, respeitando o nível de compreensão dos mesmos. No entanto, outras não conseguem transpor essas barreiras e repetem com seus/suas filhos/as alguns comportamentos que os pais tiveram para com elas.

“Eu procuro explicar para meus filhos o certo e o errado. Eles têm a liberdade deles, São umas crianças boas (...). Procuro preservar isto neles” (Carolina).

“Falar sobre sexo com minha filha não tem! Eu não consigo” (Luciana).

O cuidado de si e do outro extrapola o núcleo familiar, indo em direção à sociedade nas relações com vizinhos, parentes e, nesse caso algumas, contemplam a participação em atividades comunitárias ou grupos mantidos pela igreja próxima às suas casas. Participam também de atividades recreativas como bailes e passeios, chegando, enfim, ao cuidado profissional, envolvendo a subsistência e independência financeira no trabalho fora do lar.

Lunardi (1997), ao considerar a ética como a prática reflexiva da liberdade, reitera a necessidade de ocupar-se de si para depois se ocupar do outro e afirma que a liberdade para parar e pensar, meditar, refletir, fazer uma crítica sobre si, sobre o outro e o mundo é muito importante, pois possibilita a descoberta da verdade da alma e estar na realidade.

Poucas trabalhadoras valorizam os momentos em que podem cultivar ou estar a sós, o poder refletir sobre os acontecimentos do dia a dia, buscando se fortalecer interiormente para superarem os desafios do cotidiano, enquanto outras preferem o lazer.

“Eu às vezes prefiro que saia todo mundo de casa e fico em casa sozinha no quarto, só pra mim (...). Não sei explicar esse isolamento não, mas às vezes eu gosto de ficar sozinha” (Luciana).

“Eu gosto de ficar só, a gente encontra assim caminhos... (...) Porque eu me importo comigo mesma, me dá aquela sensação de paz, de calma, de relaxamento” (Luisa).

“Às vezes eu relaxo em casa, mas eu gosto sim é de sair, de me divertir” (Maria).

Pelo relato das experiências das trabalhadoras percebemos, em sua vida adulta, um crescimento pessoal que lhes dá segurança para prosseguir no ritmo habitual de suas vidas. No entanto, um avanço mais significativo, com uma ampliação maior de suas capacidades de expressão, aparece bloqueado pelo apego às formas de enfrentamento realizadas na infância e adolescência. Nos relatos ficou evidente a submissão à autoridade paterna e materna, prosseguindo em relação aos maridos, e exercendo influência importante nas tomadas de decisões em suas vidas.

Destacou-se também a predominância do cuidado ao outro em detrimento do cuidado de si, levando-me a supor o desenvolvimento prejudicado do *sentido de si*. Por outro lado, o cuidado ao outro, ao se dar por vezes de forma abnegada, submissa e ligada aos padrões religiosos, dificulta a expansão das capacidades daquele ser que é cuidado. Um cuidado que não pode ser considerado emancipador, pois evidencia o desenvolvimento prejudicado do sentido do outro. A prática do cuidado terapêutico de si é fundamental para os seres mudarem seu modo de ser, transformando-se e, por extensão, transformando a sociedade em que vivem.

Procuramos refletir sobre estas questões com as trabalhadoras através dos significados atribuídos ao cuidado, buscando evidenciar as formas de expressão de seus seres e a repercussão através do enfrentamento difícil de suas realidades. Naqueles momentos, através do cuidado terapêutico de si, procurei facilitar seus processos de morte-renascimento, com vistas a novas formas de expressão de suas consciências.

O Processo de Ser e Viver no Trabalho

Collière (1989) vincula a história das práticas de cuidado vividas e transmitidas pelas mulheres aos cuidados de enfermagem. Antes de ser institucionalizado e de possuir ligação com a medicina, o cuidado era desenvolvido em nível doméstico e as práticas de cuidado vinculadas ao aspecto materno, de nutrição e de educação de crianças, estendendo-se para os cuidados aos doentes da família e aos idosos. A justificativa para tais acontecimentos seria o fato de que as mulheres são dotadas de qualidades naturais para o desempenho do cuidado. A presença das mulheres no mercado de trabalho consolidou-se durante o século XX na sociedade ocidental.

A forma de inserção das mulheres no mercado de trabalho suscita uma série de reflexões acerca do que é considerado em nossa sociedade o trabalho em si. Lopes (1997), ao refletir sobre o trabalho feminino, o faz fundamentada nas relações sociais de sexo e estudos do gênero, vinculando à Revolução Industrial o surgimento das relações de trabalho na esfera da unidade doméstica e na esfera da unidade de produção. O trabalho da mulher passa a ser um trabalho doméstico, sem remuneração; enquanto o homem passa a receber salário em seu trabalho extraluar. Nesta divisão sexual, trabalho, casa e família são considerados como a mesma coisa, sendo o trabalho ali realizado naturalizado como feminino e a serviço da família. Lopes (1997) explica que estas idéias fundamentaram o pensamento de estudiosas desde o século XIX e evidenciam a complexidade das vivências sociais das mulheres, a dominação naturalizada e consolidam a idéia da origem social do que é masculino e do que é feminino.

A enfermagem, como profissão eminentemente feminina, envolve múltiplos desafios e enfrentamentos. Araújo (1994) refere-se ao trabalho de enfermagem como sendo não contabilizado, acumulador de tensões pelo excesso de atividades e más condições de trabalho, aliado aos baixos salários, sendo também apoiado pelos estudos de diversos/as pesquisadores/as, dentre os/as quais citam-se: Lunardi Filho (1995), Taffe (1997), Lopes (1987) e Silva (1996). A essas dificuldades soma-se a inconstância de suas atividades relacionadas às intercorrências clínicas devido à instabilidade nos estados dos/as pacientes.

Dentre os inúmeros significados que caracterizam a participação da mulher no mercado de trabalho encontram-se sua independência financeira e a possibilidade de contribuir com as despesas domésticas ou arcar com a manutenção econômica da família, assim como a sua realização profissional.

A enfermagem, em sua história, tem uma ampla participação nas formas e modelos de cuidado que vigoraram na psiquiatria ao longo do século, procurando se firmar enquanto disciplina e profissão. Atualmente o cuidado direto a pacientes psiquiátricos deve, por lei, ser prestado por enfermeiros/as, técnicos/as ou auxiliares. Em decorrência da organização das instituições de saúde os/as enfermeiros/as encontram-se em número bastante reduzido em relação aos/às demais profissionais de enfermagem que, dessa forma, prestam o cuidado direto ao/à paciente.

Para as trabalhadoras seu exercício profissional se deve ao que identificaram a partir de suas histórias de vida, como: conquista pessoal, melhora de condição de vida, oportunidade de trabalho, identificação com a profissão. À exceção de uma trabalhadora, todas as demais começaram a trabalhar no hospital depois de casadas e com filhos, como atendentes ou serventes, vindo mais tarde a realizar os cursos de auxiliar ou técnico, desafio que conciliaram simultaneamente com seu trabalho doméstico e profissional.

“Eu sempre tive o sonho de fazer enfermagem (...). Eu achava o curso muito difícil (...). Olhava os livros e dizia: é muito difícil, não vou conseguir (...). Depois, vim trabalhar no hospital e entrei para estudar na segunda turma, não é?” (Madalena).

“Sempre tive a idéia de prestar serviço em um asilo, em uma casa para deficientes mentais (...). Fiz concurso para auxiliar de serviços gerais (...). Se me dessem a chance de progredir no meu serviço, eu ia aproveitar essa oportunidade (...). Eu enfrentei e fiz o curso para auxiliar de enfermagem porque acho que as pessoas devem sempre estar tentando melhorar...” (Luísa).

“Eu tinha o sonho de ser engenheira, cheguei a estudar para isso. Depois eu casei (...) trabalhei um ano na limpeza (...). Achava gratificante ver os idosos sendo tratados com tanto carinho (...). Daí resolvi estudar enfermagem, passei muito trabalho, muita dificuldade, trabalhava 40 horas semanais, à tarde, final de semana, e estudava de manhã, era muito pesado (...). Cuidava da casa, da roupa, tudo” (Luciana).

“Nunca me passou pela cabeça que eu ia trabalhar em enfermagem (...). Mas quantas vezes eu ficava lá e as auxiliares pediam para que eu ajudasse (...). Meu serviço era mais cuidar do material (...). Eu fui fazer enfermagem depois que eu vim para cá (...). Se eu fosse escolher, iria trabalhar com números” (Rita).

“Na época que vim trabalhar teve um concurso para atendente (...). Gosto de trabalhar com as pacientes, gosto de ver a recuperação, gosto de me envolver com elas (...). Acho que se não tivesse família, eu ia trabalhar direto” (Ana).

Quanto à escolha profissional, percebemos que as dificuldades para estudar na infância e adolescência levaram várias delas a trabalhos domésticos e de servente. Nesse sentido, a escolha para trabalhar em enfermagem se deu pelas contingências e oportunidades que surgiram por estarem trabalhando em outra área no hospital. Verificamos que nem todas, caso pudessem, optariam pela enfermagem. Somente três trabalhadoras revelaram que seguiram a profissão de enfermagem por opção: Carolina, Madalena e Luísa. Mesmo assim, Madalena expressou o quanto de esforço pessoal lhe foi

exigido para vencer suas crenças de incapacidade de aprendizado da enfermagem em nível auxiliar.

Ao refletirem sobre o cuidado em enfermagem psiquiátrica, as trabalhadoras o fizeram em relação ao seu ambiente mais imediato, identificando fontes de satisfação e de sofrimento. Os significados de cuidado relacionados ao trabalho revelam as diversas formas de ser e expressar suas capacidades, habilidades e limitações. Estes significados foram relacionados aos sentimentos de calma, compaixão, tranquilidade, solidariedade, reconhecimento e satisfação. O significados de não-cuidado emergiram, por sua vez, vinculados ao medo, à ansiedade, à exaustão, à irritabilidade, à intolerância e à insatisfação. Os desafios que mereceram maior destaque das trabalhadoras estavam relacionados ao despreparo profissional, más condições de trabalho, à convivência contínua com as manifestações de sofrimento psíquico das pacientes psiquiátricas, à excessiva demanda de cuidado, à ausência de apoio psicológico e às dificuldades no relacionamento interpessoal. Quanto às deficiências do cuidado terapêutico de si no trabalho, os desafios se apresentam somados aos dos demais trabalhadores de enfermagem, como excesso de trabalho e baixa remuneração, entre outros.

Além disso, a equipe de enfermagem depende da decisão de superiores para solucionar as dificuldades em relação às condições de trabalho, leitos extras e escassez de material para o cumprimento das tarefas. A carência de materiais, por sua vez, compreende não só a falta de medicamentos, mas também de outros suprimentos como roupas e materiais de higiene pessoal. Um outro problema bastante grave, relativo ao ambiente, mencionado pelas trabalhadoras, foi a relação número de pacientes e espaço físico. Apesar de ter melhorado consideravelmente a partir de 95, apresenta-se freqüentemente uma superpopulação, com a ocorrência de até 25% de leitos extra, aumentando as ocorrências de manifestações de sintomas de sofrimento psíquico nas pacientes, prejudicando sua recuperação e acarretando uma sobrecarga de trabalho para as trabalhadoras.

Essas dificuldades caracterizam a herança da história da psiquiatria em seu cotidiano, pois a superpopulação dos hospitais deu-se desde a sua implantação em 1941 (Santos, 1994), a exemplo de outros macro-hospitais psiquiátricos. Refletem ainda o pouco investimento no setor saúde e que os municípios e o Estado caminham muito lentamente na implantação da reforma psiquiátrica. Dessa maneira, a assistência hospitalar, que é um

direito do paciente psiquiátrico, embora devesse se constituir em última alternativa de tratamento, passa a ser para muitos catarinenses sua única alternativa.

Em se tratando do relacionamento com as demais colegas de trabalho, as trabalhadoras mostraram opiniões divergentes, ora com sentimentos de solidariedade e apreço, ora com sentimentos de irritação e indignação. Esse contraste aparece em suas falas como relacionado aos conflitos do trabalho em equipe que envolvem a motivação de cada uma para com a tarefa, assim como o seu compromisso ético com a profissão. Oportuno se faz ressaltar neste momento que as condições de trabalho a que estão expostas contribuem em muito para que esses sentimentos estejam presentes.

“As únicas amizades fora da família que eu tenho estão aqui” (Luciana).

“Eu me dou bem com os funcionários, e eu me dou bem com as pacientes” (Maria).

“Eu já trabalhei com outras pessoas aqui na enfermaria, mas adoro trabalhar com a Ana. Me sinto mais calma, mais segura de mim” (Madalena).

“Acho que não é só eu aqui, é que a gente se envolve tanto uma funcionária com a outra, não é só com a paciente não, mas tem muita coisa boa que a gente se apega” (Rita).

“O mal da unidade é que na reunião ninguém fala das dificuldades, com medo de ser criticada pela colega” (Maria).

“Eu sai do sério foi com o funcionário, quando eu fui tirar a medicação, então eu disse: gente essa medicação está aqui ainda? (...) Essa paciente não pode ficar sem tomar essa medicação” (Luciana).

“As próprias colegas da unidade não colaboram no cuidado pra elas mesmas. Se todas pegassem junto no cuidado, aliviava um pouco, não se irritavam” (Ana).

O relacionamento interpessoal se revestiu de significativa importância, pois é no convívio com os outros seres que exercemos nossa humanidade e que identificamos nossas dificuldades e nossas qualidades. Reconhecemos no outro ser características nossas que muitas vezes não percebemos em nós mesmos e, se não as identificarmos, não podemos aprender com nossas vivências. Dessa forma, a dificuldade de viver processos de morte-renascimento individuais se reflete nas relações interpessoais das trabalhadoras, bloqueando processos de morte-renascimento grupais. Destaco, ainda, o sentimento de ambigüidade descrito com tanta precisão por Rita:

"O que será que acontece, é tão difícil estar aqui e, no entanto, tem dias em que a gente vai ficando, ficando..." (Rita).

Referiram-se ao clima de animosidade que se instala quando as relações interpessoais ficam abaladas e a harmonia sentida quando estas se sucedem adequadamente. A animosidade gera críticas raramente construtivas em relação à forma como estão se expressando no seu trabalho. No entanto, essa leitura é feita de forma recíproca de uns para os outros.

As ações de enfermagem que passaram ao longo do século do enfoque da vigilância e adestramento do paciente psiquiátrico para a humanização, com enfoque no relacionamento interpessoal, vêem-se muitas vezes contidas no cotidiano pelas condições estruturais do hospital psiquiátrico, pela própria deficiência das relações interpessoais, pela insuficiência das reflexões sobre suas ações, sentimentos, atitudes e de autocrítica sobre o trabalho.

O relacionamento interpessoal é abordado por Moscovici (1994) como tão ou mais importante que a qualificação individual para a tarefa. Deste modo, se os/as trabalhadores/as relacionarem-se entre si de maneira harmoniosa, aumentam as possibilidades de colaboração, resultando em formas de cuidados à equipe e às pacientes. Por outro lado, Brown (1999) refere que responsabilizar as colegas pode ser uma reação de repressão ou negação das próprias reações e dificuldades e a manifestação de um comportamento não saudável. Nesse sentido, as trabalhadoras percebem que estão passando por dificuldades e sugerem a intervenção das supervisoras, líderes do grupo, para auxiliarem-nas a ultrapassá-las.

Outro desafio presente se refere à convivência contínua com o sofrimento psíquico e à demanda excessiva de atenção das pacientes psiquiátricas, caracterizada por Lopes (1995) como manifestações de choro e gritos constantes. Essas situações são agravadas quando as manifestações de sofrimento psíquico de uma paciente em crise irrita a paciente com dependência química, ocorrendo, por vezes, reações agressivas entre as mesmas.

Esses desafios provocam fortes emoções nas trabalhadoras, gerando, por vezes, impaciência, ansiedade, irritabilidade e atitudes de não-cuidado, como se mostrar agressivo ou então indiferente com a paciente, exercendo, assim, os modos biocídio, bioestático e biopassivo de cuidado, segundo a classificação de Halldórsdóttir (1991). Esse desafio é

declarado por Maria, que ao demonstrar-se insegura com relação às emoções que emergem no seu trabalho em uma forma intuitiva, expressa defesas que acontecem em nível inconsciente:

“A pessoa para trabalhar ali tem que ter a cabeça preparada em todos os sentidos, porque mexe com o lado emocional e sentimental. Então, eu acho que a pessoa tem que se preparar (...). Eu me sinto cansada fisicamente, mas a minha cabeça eu estou sempre trabalhando (...). Eu trabalho as minhas emoções, não deixo o sentimento me levar, não sou muito alterada, sou razoável” (Maria).

Para Pitta (1997, p.173), essas defesas são “*estratégias individuais e coletivas de enfrentamento da dor e sofrimento, próprios da natureza de um trabalho que deve encontrar uma via sublime e prazerosa para se fazer efetivo, eficaz, resolutivo*”. Já Goleman (1997) refere que no enfrentamento de situações ocorre um fechamento psíquico, isto é, uma série de manobras cognitivas que aliviam o estímulo do estresse, mudando a reação do ser mais do que alterando a situação estressante.

As trabalhadoras de enfermagem psiquiátrica convivem diariamente com pacientes psiquiátricos/as em seus momentos mais críticos e vulneráveis, imersos/as nos graves sintomas de seu transtorno mental que exigem atenção e cuidados constantes para a preservação de sua integridade nas diversas dimensões: física, mental, espiritual e social. Conforme Basaglia (1979), Cooper (1989), Amarante (1995) e tantos outros teóricos da psiquiatria, o hospital psiquiátrico é hostil à natureza humana, estruturado para privilegiar a doença, tendo como principal característica a medicação. No hospital presencia-se a colisão de paradigmas em que a dimensão biológica encontra-se superdimensionada em vista da totalidade do ser.

Ao partilhar os sentimentos negativos decorrentes de situações no trabalho, duas trabalhadoras buscaram auxílio junto ao grupo, em uma atitude que Brown (1999) denomina de ativa e entende como saudável para solucionar o problema. Da mesma forma, as trabalhadoras durante o processo de cuidado souberam apontar vários desafios que são enfrentados em seu dia a dia e mostraram-se capazes de buscar alternativas viáveis para superarem alguns deles, até porque buscar solucionar as dificuldades encontradas é um verdadeiro cuidado de si, em várias dimensões, e constitui-se em um cuidado ético à medida que aprimora o cuidado do outro, no caso, a paciente psiquiátrica. Este cuidado de

si é considerado por Costa (1999) como uma estratégia, um caminho para que os/as trabalhadores/as de enfermagem participem mais ativa e politicamente do seu cotidiano.

Seguindo esta linha de pensamento, os encontros que viabilizaram o cuidado terapêutico de si se constituíram, para as trabalhadoras, na primeira oportunidade que tiveram de refletir sobre suas vidas, revendo emoções, padrões de comportamento e crenças pessoais. Dentro da perspectiva do Cuidado Transdimensional o processo de ser e viver saudável envolve a participação consciente do ser em seus processos de morte-renascimento através do engajamento no cuidado terapêutico de si.

Nesse sentido, percebo que o Cuidado Transdimensional se traduz em importante referencial para o cuidado em psiquiatria. Assim, ousar pensar que o processo de morte-renascimento promovido em nível pessoal e grupal poderá levar a coletividade dos trabalhadores de enfermagem a um avanço da prática profissional, condizente com os avanços que vêm sendo realizados pela disciplina de enfermagem.

Numa perspectiva mais ampla, entendo que os desafios que se apresentam para a disciplina e profissão de enfermagem, bem como para aqueles/as que a exercem, são influenciados pelos padrões culturais, sociais, políticos e econômicos de uma sociedade.

As trabalhadoras de enfermagem psiquiátrica agem de acordo com os seres de seu tempo. Para evitarem o sofrimento apegam-se às formas habituais de viver, na ilusão de estarem indo ao encontro da felicidade. Não esquecendo as imensas possibilidades de ser e viver que cada uma expressa, há momentos, que não são raros, em que a transcendência do ser, tanto individual como grupal, permite que a essência do cuidado se faça sentir de forma tangível.

Podemos, então, considerar que o processo de morte-renascimento é fundamental para o estabelecimento de uma nova ordem, de um avanço criador e renovador no processo de vida. Este processo nem sempre é facilitado na civilização ocidental em decorrência da pouca tradição no cuidado terapêutico de si e do deslocamento da consciência para o exterior, desprezando em grande parte as conquistas inerentes ao ser. Ou seja, numa cultura cujos valores predominantes se direcionam ao ter e não ao ser. Conseqüentemente, os processos de morte-renascimento, relacionados ao avanço crítico de expressão da consciência, se dão de forma morosa, sendo muitas vezes desencadeados por situações de

sofrimento como doenças, perdas de todas as espécies, pelo medo permanente face à impermanência que preside a condição de ser e de viver no mundo. Deste modo, o desconhecimento ou não-aceitação das transformações no processo da vida, das mudanças de seu ambiente físico e psíquico, aliados à necessidade de segurança e preservação, podem dificultar o processo de morte-renascimento, com implicações sensíveis para o processo de ser e viver individual e coletivo mais saudável.

CAPÍTULO 5

REFLETINDO SOBRE A TRAJETÓRIA PERCORRIDA

Neste capítulo reflito sobre a experiência de construir em conjunto com as trabalhadoras de enfermagem psiquiátrica um processo de cuidado, tendo como referencial o paradigma do Cuidado Transdimensional de Silva (1997a). Adotei esse referencial por compartilhar das crenças e valores que embasam sua concepção e por considerar sua abordagem do cuidado mais apropriada para facilitar o processo de ser e viver saudável. Esse referencial permite que a prática de enfermagem esteja coerente com a evolução do conhecimento em enfermagem, apontando, assim, para uma nova perspectiva de visão do ser e do mundo. A concepção do paradigma do Cuidado Transdimensional é de natureza filosófica e seu grau de complexidade exige reflexões que foram feitas a sós ou em conjunto com a autora do paradigma, privilégio que poucas colegas de mestrado puderam contar, que me proporcionou maior elucidação para a concretização deste estudo.

O referencial teórico foi um guia seguro e flexível para a construção do cuidado desde o momento em que o processo foi estabelecido com as trabalhadoras, quando conjuntamente foram negociadas as datas das vivências até a sua avaliação no final do processo. Os conceitos e pressupostos foram confirmados na forma que explicitarei a seguir.

Enquanto seres humanos, as trabalhadoras de enfermagem psiquiátrica se apresentaram, de acordo com o conceito de Silva (1997a), como um sistema complexo em sua unidade, singularidade e totalidade transdimensional de padrão, processo e interação, e se manifestaram de forma plural e rica em diversidade. Seres possuidores de inimagináveis possibilidades, as quais se desvelam à medida que transcendem os próprios padrões de expressão no mundo, ampliando o saber e a percepção da realidade. Dessa forma, participaram ativamente das vivências, compartilhando suas formas de ser, viver e sentir as suas experiências através de suas histórias de vida.

Do mesmo modo, o conceito de ambiente esteve coerente com o conceito de Silva (1997a), guardando estreita relação com a concepção de ser humano, porém numa ordem infinitamente superior, apresentando-se como realidade complexa, rica em diversidade de expressão. Parcelas de sua totalidade eram percebidas através da interação que ocorria nos momentos em que as trabalhadoras se reportavam aos seus lares, à sua profissão, aos sistemas de crenças e valores que determinam as ações humanas, à sociedade enfim. Também como pessoas únicas, nós todas nesse processo como cuidadoras e seres cuidados, através de nossos saberes, nossos modos de ser, sentir e viver, interagimos, compondo a cada momento o ambiente de modo singular.

A atmosfera gerada no processo de cuidado foi de confiança e aceitação, refletida pelo diálogo reflexivo, atento, dinâmico, franco e sem censuras. Assim, foi possível às trabalhadoras auxiliarem umas às outras a enfrentarem e transcenderem limites de expressão de suas consciências advindos de experiências de vida que lhes proporcionaram dor e sofrimento. Neste caminhar abria-se a oportunidade para a transformação e renovação de suas realidades, facilitando o processo de morte-renascimento. A interação efetiva entre as trabalhadoras e o ambiente de cuidado viabilizou tanto a recepção como a doação do cuidado.

Enfermagem para Silva (1997a) é uma disciplina com um campo específico de conhecimento, o qual fundamenta sua prática, ensino e pesquisa e uma profissão que, juntamente com outras disciplinas/profissões e com a sociedade, tem um compromisso com a vida do planeta. O foco central da enfermagem é o cuidado que, em sua perspectiva, vai além do processo saúde-doença e prioriza a vida em todas as suas formas de expressão. O cuidado emerge da convergência entre arte, ciência e espiritualidade, sendo revalorizado,

pois consiste em processo imprescindível ao desenvolvimento de níveis críticos de consciência e de novos padrões de relação na vida.

Este referencial, ao nortear as ações de cuidado através da integração do saber teórico-prático, das dimensões objetiva e subjetiva do cuidado, esteve coerente com o conceito de enfermagem. Proporcionou que as trabalhadoras compartilhassem os seus saberes sobre o cuidado e refletissem sobre sua importância na relação consigo mesmas, com os outros e com o universo. De acordo com suas capacidades de percepção da realidade, realizaram reflexões sobre seu ser e viver desde a sua infância até a sua vida adulta bem como sobre alguns desafios inerentes ao trabalho em enfermagem psiquiátrica.

A enfermagem tem evoluído e possui um corpo de conhecimento substancial que alicerça o exercício de sua profissão. Esse corpo de conhecimento abre perspectivas de ação para que seus profissionais exerçam o cuidado dentro de uma visão mais integral. Neste sentido, o processo de cuidado, com base no referencial adotado, permitiu que as trabalhadoras vivenciassem o cuidado terapêutico de si. A experiência de vivenciar o Cuidado Transdimensional abriu caminho para uma transformação da maneira de cuidar no trabalho através da valorização do ser humano e da vida, de acordo com a proposta de Silva (1997a).

Após ter explicitado a adequação dos conceitos do referencial teórico ao processo de cuidado abordarei, a seguir, com o mesmo objetivo, seus pressupostos.

O Cuidado Transdimensional emerge da relação estética entre os princípios masculino e feminino e se expressa na convergência entre arte, ciência e espiritualidade (Silva, 1997a). O nível da relação estética entre os princípios masculino e feminino compreende uma maior consciência crítica do/a trabalhador/a e do ser que é cuidado e a interação entre eles/as se faz de forma horizontal. Assim, através do uso do *self* nas relações transpessoais foi possível as trabalhadoras de enfermagem psiquiátrica experimentarem a construção coletiva de cuidado em que suas habilidades/capacidades ultrapassaram suas capacidades intelectuais/rationais como o amor, intuição, sabedoria, criatividade e sensibilidade (Silva, 1997). O Cuidado Transdimensional pôde ser visualizado enquanto um catalisador de reflexão-conscientização-ação-transformação

quando cada uma das trabalhadoras se confrontava com seu condicionamento, mostrando-se apta para propor formas mais saudáveis para o seu ser e viver.

O Cuidado Transdimensional se caracterizou por uma forma inovadora de sentir-pensar e desenvolver o cuidado que foi construída a partir da interação pelo diálogo permanente entre os profissionais, neste caso, o grupo de trabalhadoras em enfermagem psiquiátrica. Nesta forma inovadora de sentir-pensar e desenvolver o cuidado através da dinâmica das vivências, as trabalhadoras entraram em contato consigo mesmas, ampliando o seu autoconhecimento, vislumbrando a sua participação na construção da realidade.

O Cuidado Transdimensional, ao privilegiar a essência do ser, do mundo e da vida restitui a elas as suas naturezas sagradas e inalienáveis, resgatando o sentido de reverência e de respeito para com a própria vida (Silva, 1997a). As trabalhadoras, ao demonstrarem vontade e disposição para participarem na construção do cuidado, foram capazes de exporem seus sentimentos, suas visões de mundo, ouvindo atentamente umas às outras, numa atitude amorosa de aceitação, interesse e respeito, inspirando confiança para que se engajassem ainda mais no processo. Assim, o Cuidado Transdimensional também emergiu da compatibilidade estética e amorosa entre as trabalhadoras, ao doarem e receberem cuidado simultaneamente, gerando um saber próprio nesse processo.

O Cuidado Transdimensional, com foco no processo de morte-renascimento, privilegia o centro espiritual do ser com vistas à complexidade crescente de expansão da consciência e de interação com os outros seres e com a natureza. As trabalhadoras compartilharam suas histórias de vida durante todo o processo de cuidado, dispondo-se a estar face a face com suas dificuldades, ressentimentos, apegos e mágoas que traziam ao ambiente de cuidado. Através das reflexões feitas em conjunto e de acordo com seus próprios ritmos iam transcendendo alguns padrões de expressão de consciência que lhes causavam dor e desconforto no processo de viver.

Assim, os conceitos e pressuposições mostraram-se entrelaçados uns aos outros no desenvolvimento do processo de cuidado, favorecendo o alcance dos objetivos propostos. Ao abordarem o cuidado na sua profissão, as trabalhadoras de enfermagem psiquiátrica revelaram significados de cuidado de si e do outro ser, sendo esse ser considerado tanto como o/a colega de trabalho como a paciente psiquiátrica. Demonstraram com seus

posicionamentos que possuem capacidade de perceber aspectos da sua realidade mais imediata, dando ênfase às condições de trabalho, ao relacionamento interpessoal entre os/as trabalhadores/as e entre estes/as e as pacientes no processo de trabalho, o que proporcionou a reflexão sobre estas dimensões de seu exercício profissional.

A metodologia proposta proporcionou às integrantes do cuidado uma ampliação de suas percepções acerca de si e do mundo, tornando-as mais capazes de cuidar e de serem cuidadas. Os padrões de significado do Cuidado Transdimensional, – experiência interior, busca da unidade, prática indeterminada e prática complexa – que de acordo com Silva (1997a) acham-se intimamente interligados, não podem ser entendidos sob uma perspectiva linear, hierárquica e reducionista, pois são ao mesmo tempo elementares e fundamentais.

O Cuidado Transdimensional, enquanto *experiência interior*, ocorreu quando, através de sua intuição, as trabalhadoras direcionavam o processo de cuidado, oportunizando que os significados de cuidado, individual e coletivo, emergissem ao realizar as colagens e modelagens, ou simplesmente deixando-os aflorar à consciência e expressando-os verbalmente. Segundo Silva (1997a), essa vivência da experiência interior requer que valorizemos o processo e que tenhamos abertura e confiança em nós. Durante várias ocasiões as trabalhadoras revelaram estar “se abrindo” pela primeira vez ao abordarem determinadas percepções acerca de suas experiências de vida.

Enquanto busca da unidade, o Cuidado Transdimensional foi vivenciado através da interiorização. Ao entrarem em sintonia com a unidade de seus próprios seres e da reflexão conjunta, ao compartilharem com os outros seres os significados de suas experiências de vida bem como na reciprocidade e solidariedade que expressaram em relação às parceiras, no estar presente por inteira, dando sentido e unidade ao processo vivenciado. O ambiente, como parte indissociável, expressou-se harmonioso e proporcionou serenidade às participantes do cuidado.

O Cuidado Transdimensional, enquanto *prática indeterminada*, caracterizou-se por uma não-repetitividade e pela imprevisibilidade do processo como um todo. Silva (1997a) considera que essa característica se deve, em parte, à construção coletiva do conjunto dos seres e da realidade transdimensional em um processo mais abrangente de cuidado. O ser

em cada momento é único e está em contínuo processo de transformação. Vivenciar o Cuidado Transdimensional requer que nos despojemos de condicionamentos, que estejamos aberto/as, flexíveis e confiantes no processo. Nesse sentido, as participantes mostraram despojamento ao compartilharem suas histórias de vida, sendo flexíveis, respeitando e aceitando a individualidade de cada uma.

Enquanto prática complexa, o Cuidado Transdimensional envolve uma multiplicidade e complexidade fenomênica que não pode ser contida e totalmente explicada pela análise intelectual. Com isso, os renascimentos realizados proporcionavam vivências diferenciadas para cada uma das trabalhadoras. Essa característica se deve à unicidade e à diversidade de cada ser, seus sentimentos, formas de enfrentamento, significados que cada uma dá à sua experiência de vida; enfim à sua interioridade e à forma pela qual expressa seu ser no cotidiano, interagindo e compondo o ambiente em que vive. Como um processo coletivo, o Cuidado Transdimensional confere uma importância capital à parceria entre os seres, através do qual estes seres, em conjunto, compõem um mosaico de significados importantes ao seu processo de autoconhecimento e autotransformação.

Ao final do processo vivenciado as trabalhadoras avaliaram-no como sendo dinâmico e agradável, lembrando já com saudades os momentos em que as emoções emergiram mais vibrantes, destacando o que lhes foi possível, através do compartilhar os significados de cuidado de si e do outro, expressando experiências de vida, muitas delas até então nunca compartilhadas. Neste sentido, puderam refletir e ampliar a compreensão de si e do outro bem como valorizar mais o cuidado e a própria vida.

Os significados de cuidado, acompanhando o ser em sua história de vida, estiveram intimamente relacionados às interações que valorizam o ser e sua subjetividade, gerando sentimentos que contribuem para a sua integridade e harmonia. Por outro lado, os de não-cuidado apresentaram-se vinculados às interações que geram sentimentos negativos e sofrimentos, que desvalorizam o ser e o seu viver, limitando a livre expressão e o avanço criador. Na infância e adolescência das trabalhadoras de enfermagem são frequentes as imposições de regras, sem entender o seu porquê e sem poder recusá-las, ficando evidente a submissão às autoridades paterna e materna, prosseguindo na idade adulta e exercendo influência importante nas tomadas de decisões em suas vidas.

Na idade adulta um avanço mais significativo, com uma ampliação maior de suas capacidades de expressão, aparece bloqueada pelo apego às formas de enfrentamento vivenciadas na infância e adolescência. No trabalho os desafios que mereceram maior destaque das trabalhadoras estavam relacionados ao despreparo profissional, às más condições de trabalho, à convivência contínua com as manifestações de sofrimento psíquico das pacientes psiquiátricas, à excessiva demanda de cuidado, e às dificuldades encontradas no relacionamento interpessoal. As trabalhadoras se vêem condicionadas a permanecer em um ambiente que comprovadamente é hostil à natureza humana, estruturado para privilegiar a doença, e que tem como principal característica a medicação.

A participação efetiva das trabalhadoras e a avaliação desse processo, juntamente com a realização de outras práticas bem-sucedidas, pautadas pelo mesmo referencial, demonstram que o paradigma do Cuidado Transdimensional se constitui em um caminho para que a Enfermagem continue aperfeiçoando o cuidado terapêutico de si e dos outros seres. Neste sentido, destaco os estudos que estão sendo desenvolvidos com base neste paradigma, quais sejam: o de Silva & Monteiro (1998); o de Vargas (1999), em monografia de conclusão de curso com mulheres com câncer e os de Freitas (1999) e de Estima (2000), que usaram este paradigma com alunas de graduação de enfermagem e trabalhadoras de enfermagem pediátrica, respectivamente, em suas dissertações de mestrado, além do projeto de tese de doutorado de Nunes (2001), que será desenvolvido em um centro de Cuidado Transdimensional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tecer minhas considerações finais acerca do processo de cuidado, desenvolvido com base no paradigma do Cuidado Transdimensional, procuro avaliar os resultados obtidos de acordo com os objetivos traçados inicialmente. Nesse sentido, importante se faz destacar os fatores que contribuíram para a realização deste trabalho, bem como aqueles que se constituíram em limitações para sua melhor implementação.

Dentre os elementos que facilitaram a realização dessa proposta, entendo que o mais importante deles foi a boa receptividade obtida junto às trabalhadoras que participaram de todo o processo, fato que se comprova não só pela frequência aos encontros, mas principalmente pela participação efetiva, auxiliando na construção do processo de cuidado. Aliado a isto, surge a questão do referencial teórico que é eminentemente participativo e reflexivo, ou seja, busca, no saber dos seres que cuidam e são cuidados, atingir níveis mais complexos de expressão de sua consciência.

Também deve ser destacado o apoio obtido pelos demais profissionais e pela direção do hospital que consideram tais práticas de cuidado um caminho para o aprimoramento da qualidade do serviço, a qual está diretamente ligada às suas qualidades de vida dos/as trabalhadores/as. Essa manifestação de apoio ocorreu pela substituição das participantes em suas atividades laborativas quando da realização dos encontros, pelo estímulo assim como pela viabilização do espaço físico.

Considero que este apoio é parte de um processo que vem acontecendo no IPQ, com vistas à atualização da assistência ao paciente psiquiátrico e à humanização das relações ali existentes, para contemplar a cidadania e os direitos de todos, tanto funcionários quanto pacientes e familiares. Uma das evidências deste processo é a reforma e adequação do espaço físico realizada no ano de 2001 na unidade de internação feminina, proporcionando melhores condições para a prática do cuidado.

Um outro fator que favoreceu a melhor implementação do cuidado foi a oportunidade de compartilhar, em sala de aula, as experiências dos primeiros encontros da prática de cuidado com as demais colegas e professoras do mestrado, pois recebi apoio através de críticas e sugestões. Tal fato deu-me segurança e mais subsídios para prosseguir com este estudo. No mesmo sentido, desenvolver este estudo com trabalhadoras de minha equipe de trabalho tornou possível que se estabelecesse uma relação interpessoal de confiança e interesse coletivo de ajuda entre as participantes.

Por outro lado, tive dificuldades em colocar em prática conceitos que se confrontavam com a formação profissional recebida, pautada na visão mecanicista do paradigma cartesiano, ou seja, extremamente conflitante com a perspectiva da totalidade preconizada pelo paradigma do Cuidado Transdimensional.

As trabalhadoras de enfermagem psiquiátrica convivem com a realidade diária do sofrimento psíquico das pacientes que adentram a porta da unidade de internação, muitas vezes como único e último recurso de tratamento. Dessa forma, o compromisso com o trabalho envolve a preocupação constante com a humanização das relações que lá se efetuam.

Cabe ressaltar que maiores desafios estão presentes quando se busca aprimorar a qualidade de cuidado em psiquiatria e que a realização deste trabalho contribuiu para enriquecer a prática da enfermagem psiquiátrica.

Por uma questão metodológica, a complexidade do tratamento e do cuidado ao/a paciente psiquiátrico/a não foi abordada com profundidade nesta dissertação, pois o objetivo foi vivenciar o Cuidado Transdimensional o/a trabalhador/a de Enfermagem Psiquiátrica, facilitando o seu processo de ser e viver saudável, para estar apto a cuidar de si e do outro ser.

Considerando o processo de ser e viver da trabalhadora de enfermagem em psiquiatria, creio ser este um momento oportuno para reforçar o pleito que reivindica uma prática continuada de cuidado a essas trabalhadoras. Esta sugestão, embora não seja inovadora, pois vem se juntar aos demais pesquisadores de questões pertinentes ao trabalhador desse hospital psiquiátrico, Miranda (1997) e Lopes (1995), é de suma importância para que essas pessoas possam estar mais preparadas para lidar com as situações adversas que lhe são impostas pelas características do trabalho que executam.

Sendo assim, considero que o objetivo foi alcançado, à medida que o processo de cuidado foi realizado e obteve a aprovação das trabalhadoras, que se sentiram valorizadas e cuidadas. Um outro dado que demonstra o sucesso do processo realizado pode ser verificado por mim e pelas demais trabalhadoras quando, após a realização do estudo, constatamos o maior engajamento das trabalhadoras em relação ao cuidado e ao ambiente de cuidado, atuando junto à equipe multiprofissional da unidade e buscando apoio da direção para que se efetuem reformas na estrutura física da unidade. Da mesma forma, a participação nas reuniões de equipe se tornou mais efetiva e as relações de trabalho entre os/as trabalhadores/as mais abertas.

Diante do processo vivido, ousou pensar que o processo de morte-renascimento promovido em nível pessoal e grupal poderá levar a coletividade dos trabalhadores de enfermagem a um avanço da prática profissional condizente com os avanços que vêm sendo realizados pela disciplina de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACETI, E. L.; MARCON, S. S. Violência contra a mulher: aspectos relacionados à denúncia. **Texto & Contexto Enfermagem**. 8(2):464-467, maio/ago., 1999.
- AMARANTE, P. (Coordenador). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro : Panorama/ENSP, 1995, 136p.
- AQUINO *et al.* Saúde e trabalho de mulheres em um hospital público de Salvador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, BA, 46(3/4):245-257, jul./dez., 1993.
- ARAÚJO, M. J. S. Trabalho invisível – corpo marcado: uma equação a ser resolvida. **Boletim Informativo – ABEn – BA**, (2):1, maio./out., 1994.
- BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: Lições de Alguns Países. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 40(7):355-360, 1991.
- BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática**. 2. ed., São Paulo : Brasil Debates, 1979.
- BELMONTE, P. R. *et al.* Temas de saúde mental. **Textos Básicos do CBAD**. Brasília, 1998.
- BIAZOLI-ALVEZ, Z. M. M. Relações familiares. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 8(2):229-241, maio/ago., 1999.
- BORSOI, I. C. F.; CODO, W. Enfermagem, trabalho e cuidado. In: SAMPAIO, J. J. C.; CODO, W. **Sofrimento psíquico nas organizações: Saúde Mental e Trabalho**. Série Psicoterapias Alternativas. Petrópolis : Vozes, 1995. p.139-151.
- BROWN, D. A Medicina comportamental. In: GOLEMAN, D. **Emoções que curam: Conversas com o Dalai Lama sobre emoções e saúde**. Rio de Janeiro : Rocco, 1999, p.165-186.

- CAPRA, F. **Sabedoria incomum**. Trad. Carlos Afonso Malferrari. São Paulo : Cultrix, 1988.
- CARVALHO, M. do C. B. O lugar da família na política social. In: SILVA, A. de P.; STANISCI, S. A.; BACCHETO, S. (org.) **Famílias: Aspectos Conceituais e Questões Metodológicas em Projetos**. Brasília : MPAS/SAS, São Paulo : FUNDAP.1998 p.168-174.
- CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo**. Rio de Janeiro : Edições Graal, 1978.
- COLL, C PALÁCIOS; J; MARCHESIS, A. Desenvolvimento psicológico e processo educacional. In: COLL, C.; PALÁCIOS, J. MARCHESIS; A. **Desenvolvimento Psicológico e Educação**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1, cap. 25, 1995, p.325-339.
- COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. 2. ed., São Paulo : Perspectiva S.A., 1989.
- COSTA, A. L. R. C. **O cuidado como trabalho e o cuidado de si no trabalho da enfermagem**. Cuiabá, 1999, 135p. .Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Interinstitucional CAPES/UFSC – UFMT.
- CUKIER,R. **Sobrevivência emocional :as dores da infância revividas no drama adulto**.São Paulo: Ágora,1998.
- DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: Dejours, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo : Atlas, 1994.
- DELGADO, P. **Projeto de Lei n.º 3.657/89**. Brasília: Câmara dos Deputados, 1989.
- DESVIAT, M. Por um “Brasil sem manicômios no ano 2000”. Posfácio. In: AMARANTE, P. **Loucos pela vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro : Panorama/ENSP, 1995, p.131-132.
- DIAS, M. Manicômios: sua crítica e possibilidade de superação. In: PUEL E. *et al.* **Saúde Mental: Transpondo Fronteiras Hospitalares**. Porto Alegre : Dacasa, 1997, p.31-75.
- ESTIMA, S. L. **O Processo de cuidado no desenvolvimento de capacidades intra/interpessoais de trabalhadores de enfermagem**. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC.
- FAWCETT, J. Conceptual models and contemporary nursing knowledge. In USA: Robert/Brady. **Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing: Analysis and Application**. 1995 p.1-49.

- FENILI, R. M. **Desvelando necessidade contrária através da assistência de enfermagem ao cliente psiquiátrico**. Florianópolis, 1999, 145p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC.
- FRAGA, M. N. O. A Enfermagem Psiquiátrica Frente ao Processo de Desospitalização. In... 50º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, **Anais**, 1998 p.272-277.
- _____. **Prática de enfermagem psiquiátrica: subordinação e resistência**. São Paulo : Cortez, 1993.
- FREITAS, K. S. S. **O cuidado no processo de ser e viver de educandas de enfermagem**. Florianópolis, 1999, 166p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-UFPEL/FURG/URCAMP. CAPES/FAPERGS- UFSC.
- GOLEMAN, D. **Inteligência emocional**. Rio de Janeiro : Objetiva, 1995.
- _____. **Mentiras essenciais, verdades simples: a psicologia da auto-ilusão**. Rio de Janeiro : Rocco, 1997.
- HALLDÓRSDÓTTIR, S. Five basic modes of being with another. In: GAUT, D. A; LEININGER; M: M: (Eds.). **Caring: The Compassionate Healer**. New York : National League for Nursing, 1991, p.95-108.
- IRVING, S. **Enfermagem psiquiátrica básica**. 2. ed., Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.
- KALINA, E. **Psicoterapia de adolescentes: teoria, técnica e casos clínicos**. 3. ed., Rio de Janeiro : Livraria Francisco Alves Editora S.A., 1988.
- KREUTER, F. R. What is Good Nursing Care? **Nursing Outlook**; (5):302-304, 1957.
- LEININGER, M. M. **Cultural care diversity and universality: a theory of nursing**. New York : National League for nursing, 1991.
- LEOPARDI, M. T. **Entre a moral e a técnica: ambigüidades do cuidado de enfermagem**. Florianópolis : Ed. UFSC, 1994.
- LOPES, A. M. **Reflexões acerca da psicopatologia do trabalho em saúde mental**. Trabalho Apresentado na Conclusão do Curso Fundamentos de Psicoterapia Psicanalítica em junho de 1995, Florianópolis-SC.
- _____. **O Trabalho da enfermeira: nem público nem privado. feminino, doméstico e desvalorizado**. Porto Alegre, 1987, 158p. Dissertação (Mestrado em Sociologia da Sociedade Industrial). PUC-RS.
- LOPES, M. J. M. Mulheres, saúde e trabalho. In: STREY, M. N. (org.) **Mulher, Estudos de Gênero**. São Leopoldo : Unisinos, 1997 p.59-77.
- LOUZÃ-NETO, M. R. *et al.* **Psiquiatria básica**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

LUNARDI FILHO, W. D. **Prazer e sofrimento no trabalho**: contribuições à organização no processo de trabalho da enfermagem. Porto Alegre, 1995 (Dissertação) UFRGS.

LUNARDI, V. L. **Do poder pastoral ao cuidado de si**: a governabilidade na enfermagem. Florianópolis, 1997, 279p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC.

MIRANDA, F. M. M. **A saúde do trabalhador em uma instituição psiquiátrica**. Florianópolis, 1997, 30p. Monografia (Especialização em Medicina do Trabalho) Universidade Federal de Santa Catarina.

MONTGOMERY, M. **Mulher: o negro do mundo**. São Paulo : Editora Gente, 1997.

MOSCOVICI, F. **Equipes dão certo**: a multiplicação do talento humano. Rio de Janeiro : José Olympio, 1994.

NAKAMAE, D. D. **Novos caminhos da enfermagem**: por mudanças na prática e no ensino da profissão. São Paulo : Cortez, 1987.

NEDER, G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOSTIAN, S. M. (org.) **Família brasileira, a base de tudo**. 4 ed. São Paulo : Cortez; Brasília : UNICEF, 2000, p 26-46.

NEVES, A. E., SILVA, A. L. O Programa Integrado de Pesquisa Cuidando e Confortando: Retrospectiva Histórica. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 7(2):13-35, maio./ago., 1998.

NEWMANN, M., SIME, A. M., CORCORAN-PERRY. The Focus of the Disciplines of Nursing. **Adv. Nurs. Sci.** 14 (1):1-6; 1991.

NUNES, A. M. **Cuidado integralizado** - vivenciando momentos do ser com câncer sendo cuidado em um centro de cuidado transdimensional. Florianópolis, 2001. Projeto de Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. UFSC.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**: Conferência de Reestruturación de la atención psiquiátrica en la región. Caracas, 1990 5p. Mimeografado.

PALÁCIOS, J. O desenvolvimento após a adolescência. In: COLL, C. PALÁCIOS, J. MARCHESIS, A. **Desenvolvimento psicológico e educação**. Porto Alegre : Artes Médicas, v. 1, 1995 p.306-321.

PAULA, W. K. **Tangenciando a teoria de Horta**: uma abordagem situada em experiência de enfermagem psiquiátrica. Rio de Janeiro, 1991, 134p. Tese (Doutorado em Enfermagem)- UNIRIO.

PIOVESAN, F. Trocadilho Infame. **Estudos feministas**. UFSC/FURJ, 6(2):471-473,1998.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo : Cortez, 1989.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 2. ed., São Paulo : Hucitec, 1991.

_____. Do Prazer, Sofrimento e da Dor de Quem Trabalha com Dor, Sofrimento e Morte. **Revista Brasileira de Medicina Psicossomática**, 1(3):175 jul./ago./set., 1997.

RADÜNZ, V. **Cuidando e se cuidando: fortalecendo o *self* do cliente oncológico e o *self* da enfermeira**. Goiânia : AB, 1998.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A. e COSTA; N. R. (Orgs.). **Cidadania e loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 4. ed., Petrópolis : Vozes, 1994.

ROACH, S. S. **"The human act of caring: a blueprint for the health professionals"**. Ottawa: Canadian Hospital Association Press, 1993.

ROCHA, V. L. F. da. Políticas e Programas de Saúde Mental no País: Aspecto Técnico-Científico e Ético. In:... 45º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. **Anais**, Recife, 1994, p183-197.

SANTOS, N. G. **Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental**. Ilha de Santa Catarina : Letras Contemporâneas, 1994.

SARTI, C. A. **Família e individualidade: um problema moderno**. In: CARVALHO, M. do C. B. (Org.) **A família em debate**. São Paulo: EDU/Cortez, 1995 p.39-49.

SCHNEIDER, J. F. Enfermagem Psiquiátrica e Fenomenologia – Algumas Considerações. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 47(1):57-60, jan./mar; 1994.

SERRANO, A. I. **Guia dos serviços públicos e comunitários de Santa Catarina**. Florianópolis : Secretaria do Estado de Santa Catarina/IOESC, 1998.

SILVA, A. L. O saber nightingaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In: WALDOW, V. R., LOPES, M. J., MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995 p.41-60.

_____. A Dimensão Humana do Cuidado em Enfermagem. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, 13(especial):86-90, 2000.

_____. BELLAGUARDA, M. L., VOGEL, C. Significados do Cuidado em um Universo Infante-Juvenil. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 7(n):68-83, 1998.

_____. Céu e inferno: metáforas no processo de cuidado entre os cuidadores. In: ARRUDA E. N., GONÇALVES, L. T. H. A. (Orgs.) **A Enfermagem e a arte de cuidar**. Série Enfermagem. Florianópolis, REPENSUL UFSC, 1998 p.247-265.

_____. **Cuidado transdimensional: um paradigma emergente**. Pelotas : UFPEL, 1997a.

_____. O Estado da Arte do Cuidado da Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 6(2):19-32, maio/ago.; 1997b.

_____. VOGEL, C.; VIRGÍLIO, M. S. Significados de Cuidado para Crianças e Adolescentes Vítimas da Violência Doméstica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 2001 (no prelo).

SILVA, A. P. S.; MONTEIRO M. L. **O cuidado no processo de ser e viver da mulher com câncer**. Florianópolis, 1998, 144p. Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) UFSC.

SILVA, E. S. Crise econômica, trabalho e saúde mental. In: CAMON, V. A. A. **Crise, trabalho e saúde mental no Brasil**. São Paulo : Traço, 1987, p 54-117.

SILVA, M. A. A produção científica na relação trabalho e saúde na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. UERJ, RJ, 4(1):27-38, maio, 1996.

SOUZA, A. I. J. **No cuidado com os cuidadores** – em busca de um referencial para a ação de enfermagem oncológica pediátrica fundamentada em Paulo Freire. Florianópolis, 1995, 99p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC.

TAFFE, R. E. **Prazer e sofrimento em um trabalho de mulheres**: estudo de caso sobre a organização do trabalho da enfermeira em um hospital público. Porto Alegre 1997, 234p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, UFRGS.

TAVARES, C. M. M. **A poética do cuidar na enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro : Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999.

TAVARES, J. L. Enfermagem Psiquiátrica no Brasil. Reflexões Sobre o Ensino e a Prática. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador 10(1/2):19-29, abr./out., 1997.

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

TEIXEIRA, M. **Hospício e poder**. Brasília, 1993.

TRAVELBEE, J. **Intervención en la enfermería psiquiátrica**. Colômbia: OMS/OPAS: 1979.

VARGAS, L. A. **Cuidando e ressignificando o processo de ser e viver da mulher com câncer**. Florianópolis, 1999, Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem), UFSC.

WALDOW, V. R. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V. R., LOPES, M. J. M. e MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: A Enfermagem Entre a Escola e a Prática Profissional**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

WATSON, J. *et al.* **Nursing: human science and human care. A theory of nursing**. New York : National League for Nursing, 1988.

WOLFF, L. D. G. A compreensão de ser cuidadora de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. Florianópolis, 1997, 136p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – REPENSULUFSC/UFPR

ZAGO, J. A. Sobre a saúde mental do trabalhador em saúde mental. Psicologia, Ciência e Profissão, 8(2):27-33, 1988.

ANEXOS

Anexo 01**INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO PARA PESQUISA**

Meu nome é Karla Denise Schipmann Borgonovo e estou desenvolvendo a pesquisa Vivenciando o Cuidado Transdimensional com Trabalhadoras de Enfermagem Psiquiátrica com o objetivo de facilitar o processo de ser e viver saudável. Este estudo é necessário porque poderá contribuir para uma melhor qualidade de vida e trabalho destas trabalhadoras. Será realizado através de um processo de cuidado em vivências que não trarão qualquer riscos e desconfortos. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (048) 249-8216 ou 99651702. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais (ou material coletado) e só serão utilizados neste trabalho.

Assinatura _____ Pesquisadora _____

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____ fui esclarecido sobre a pesquisa Vivenciando o Cuidado Transdimensional com Trabalhadoras de Enfermagem Psiquiátrica e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, _____ de _____ de 2001.

Assinatura: _____ RG: _____

Anexo 02

Sessão de Relaxamento

- **Objetivo:** diminuir a tensão e a ansiedade e ficar mais à vontade.
- **Música:** Blue Navajo (R. Jung). Romance Zanfira.

– Solicito que, quando eu falar vocês, dêem o comando para que seus músculos relaxem. Por exemplo, digam a si mesmos: “Vou fazer com que este músculo relaxe”. Agora, fiquem à vontade, sentem-se de forma confortável e, se quiserem, podem fechar os olhos. Peço que acompanhem cada uma das etapas da forma como vou lhes falar:

1º passo (mãos): – Fechem as mãos com força e depois as relaxem. Repitam esse movimento mais duas vezes.

2º passo (braços): – Levantem os cotovelos e coloquem os dedos de ambas as mãos nos ombros. Agora, enrijeçam os músculos dos bíceps. Repitam esse movimento mais duas vezes.

3º passo (testa): – Levantem as sobrancelhas e depois abaixem-nas. Repitam esse movimento mais duas vezes.

4º passo (olhos): – Fechem os olhos com força, relaxem. Repitam esse movimento mais duas vezes.

5º passo (língua): – Levantem a língua para o céu da boca e pressionem com força. Sintam a tensão e depois relaxem. Repitam esse movimento mais duas vezes.

6º passo (boca): – Comprimam fortemente os lábios e depois relaxem-nos. Repitam esse movimento mais duas vezes.

7º passo (pescoço): – Dobrem lentamente a cabeça para trás, virem a cabeça devagar para a direita e depois para a esquerda. Agora, abaixem-na para frente. Endireitem-se. Repitam esse movimento mais duas vezes.

8º passo (ombros): – Levantem os ombros em direção às orelhas. Movam-nos para frente e para trás. Relaxem. Repitam esse movimento mais duas vezes.

9º passo (tórax): – Respirem fundo e segurem a respiração durante 5 segundos, contando lentamente. Relaxem. Repitam esse movimento mais duas vezes.

10º passo (abdome): – Enrijeçam os músculos do abdome até que eles fiquem bem duros. Relaxem. Repitam esse movimento mais duas vezes.

11º passo (costas): – Dobrem as costas para trás. Relaxem. Repitam esse movimento mais duas vezes.

12º passo (costas): – Comprimam seus calcanhares firmemente contra o chão o mais que puderem. Depois, dobrem os joelhos. Relaxem. Repitam esse movimento mais duas vezes.

13º passo (pernas): – Estiquem bem as pernas. Até mesmo a ponta dos dedos dos pés. Relaxem. Repitam esse movimento mais duas vezes.

14º passo (pés): – Estiquem as pernas e virem os dedos dos pés em direção ao rosto. Relaxem. Repitam esse movimento mais duas vezes.

Anexo 03

Sessão de Relaxamento

- **Objetivo:** voltar-se a si próprio para sentir-se forte, calmo e tranqüilo.
- **Música:** *Concerto pour une voix. Saint Preux.* Concerto para uma voz.

Respire fundo duas vezes, deixando que o ar saia cada vez com um som.

Solicitar que todos se coloquem à vontade e orientar:

Agora, imagine que tem uma bola de luz suspensa bem acima de sua cabeça.

Ela toca a cabeça, mas flutua acima. É redonda, reluzente, cheia de luz e energia.

Agora, imagine que raios de luz estão saindo desta bola em direção ao seu corpo. Estes raios vêm continuamente recebendo energia luminosa de outra fonte.

Estes raios de luz penetram em seu corpo suavemente pelo topo de sua cabeça e vão purificando e lavando as partes internas de seu corpo.

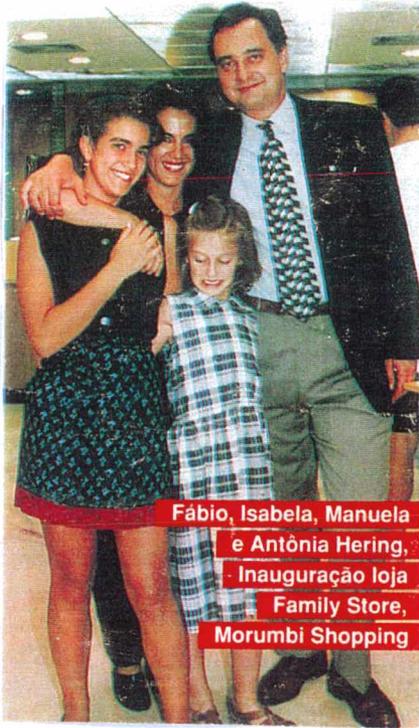
Os raios, ao penetrarem em seu corpo, lhe dão uma sensação refrescante e gostosa.

Eles vão purificando assim, a sua cabeça, o seu pescoço, seus braços e mãos, tórax, costas, abdome, pélvis, pernas e pés até penetrarem no chão.

Quando você sentir que é suficiente, abra lentamente os olhos e respire fundo.

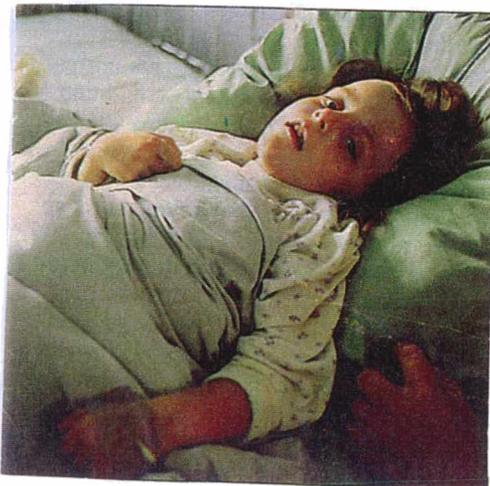
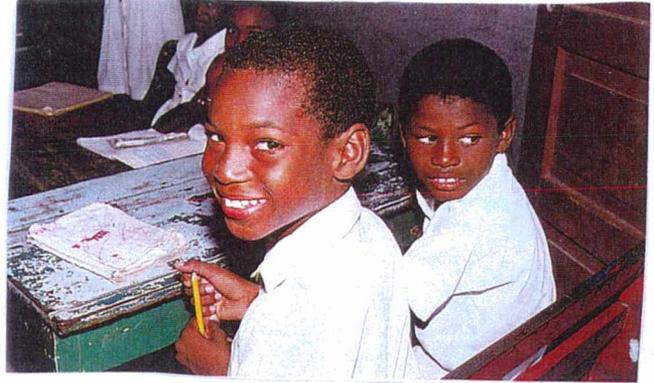
Anexo 4

Colagens sobre o significado do cuidado na infância.



Fábio, Isabela, Manuela
e Antônia Hering,
Inauguração loja
Family Store,
Morumbi Shopping

IZ GAYOVILLA



Ficando solitário, o ser
humano degenera-se

Pratique atos que
beneficiem os outros

**A alegria de ir
construindo um lar**

"Quem ama será
amado, quem
dá, receberá"

Anexo 05

Bebê Rosado



Anexo 06

Texto

A evolução que nós temos conhecido no mundo vem se dando em ciclos. Assim, ao percebermos o movimento que faz a natureza, vemos bem claramente essa evolução. No cultivo da terra temos a hora de plantar, a hora de colher, as estações do ano; nós seres vivos vemos a hora de nascer, crescer e morrer. A humanidade, a consciência humana, desde os tempos remotos, vem sendo armazenada e constitui uma enorme quantidade de material contida na Consciência Universal. Tudo o que existe e está expresso no mundo tal como o conhecemos é expressão dessa Consciência Universal. Ela mantém tudo através de um movimento de ordem e desordem, evoluindo para uma ordem cada vez mais crescente. Assim também é com os seres humanos – são expressão da Consciência Universal e possuem o poder de reflexão, de conhecer. Portanto, no mundo em que vivemos e através dos nossos órgãos, dos sentidos, experienciamos a vida de acordo com a realidade tridimensional. Todas as coisas, até as que não percebemos, vão evoluindo para a perfeição, pois são expressão da Consciência Universal.

No planeta terra o que temos mais próximo à Consciência Universal é o ser humano, numa dimensão bem menor ele possui capacidades análogas à da Consciência Universal. Assim, nossos pensamentos e sentimentos são capazes de entrar em contato com essa Consciência que expressa a totalidade.

Cada ser humano experiencia a vida de forma diferente através da capacidade de seus órgãos, dos sentidos e das suas crenças e valores. Podemos dizer que a consciência individual é uma das formas da Consciência Universal de experienciar o mundo. Da mesma forma podemos dizer que a consciência individual pode, através de seus sentimentos, experienciar o infinito potencial de amor e sabedoria da Consciência Universal que faz parte da nossa essência de acordo com as suas capacidades sensoriais. Para que isso aconteça devemos ser capazes de nos despir de certos sentimentos que nos impedem de entrar em contato com essa essência.

Esses sentimentos não fazem parte da nossa essência, eles são adquiridos por nós devido ao pequeno discernimento dos seres humanos sobre as coisas que acontecem e existem. A consciência individual caminha na aventura terrestre em um longo aprendizado com a finalidade de compor o imenso potencial de amor e sabedoria da Consciência Universal. Nossas experiências e vivências fazem parte desse aprendizado. Dizemos que esse aprendizado é um processo de morte-renascimento. Quando nós passamos por uma experiência que nos faz sofrer e depois percebemos que aprendemos com aquilo e nos tornamos pessoas melhores, expressamos um nível superior de consciência. Aquele acontecimento que antes nós víamos como algo negativo nos ajuda a nos tornarmos melhores, renascemos, assim, mais fortalecidos para enfrentarmos os desafios presentes em nossa vida.

Texto elaborado por Borgonovo, K.(1999).

Anexo 07

Vivência de Renascimento

Foram relatadas aqui na semana passada por vocês experiências de vida riquíssimas em aprendizado e que demonstram a capacidade que cada uma de vocês têm para superar os desafios presentes em suas vidas. Precisamos agora nos dispor a sermos cuidados e a cuidarmos umas das outras. Vamos ativar, através da nossa vontade, a nossa capacidade de amor e cuidado e nos colocarmos à disposição. Vamos nos dar as mãos e respirarmos profunda e lentamente por três vezes e a seguir vamos procurar dar um novo significado para aquelas experiências tão marcantes.

Vamos sentar no chão próximas umas às outras e vamos formar um imenso útero, e nele vamos abrigar a Luísa, a Ana e a Clara. Agora que vocês estão no nosso útero lembrem-se da eterna presença de amor que permanece em nós daquelas pessoas que amamos e que nos amaram e que já partiram de nossas vidas. Vamos agradecer o aprendizado que essas pessoas queridas nos proporcionaram e que foram incorporados a nossa essência. Vamos nos permitir, no aconchego desse útero, sentir novamente aquele amor e permitir que esse sentimento penetre em todo o nosso ser. Depois vamos agradecer a esse ser por nos ter auxiliado a vir a esse mundo e pelo amor que nos deu. Aos poucos vamos liberar esta pessoa do nosso apego para que ela possa continuar a sua própria caminhada em direção ao seu processo evolutivo.

Agora vamos vibrar com nossas capacidades de aceitação e perdão. Nessa vibração vamos enviar, através da nossa vontade, luz e amor para as pessoas que amamos e que não souberam e não conseguiram demonstrar o seu amor para nós por estarem limitadas por suas crenças e valores. Vamos também, com a compreensão que temos hoje, enviar para aquela criança que nós fomos todo o amor que ela merece. Vamos conseguir sentir a profundidade desse amor. Vamos visualizar essa criança feliz, segura, integrando todo esse amor que ela gera em nós através de seu ser. Vamos dizer a essa criança que ela confie em

cada uma de nós, que sempre iremos dar a ela a segurança, a proteção e o amor que ela necessita. Vamos agora visualizar essa criança segura e amada integrando o nosso ser. Vamos também agradecer esse aprendizado, pois ele nos torna pessoas mais capazes de compreender o valor do amor, do carinho e do afeto, e de transmitir esses sentimentos às pessoas que estão a nossa volta.

Anexo 08

Sessão de Relaxamento e Visualização

- Objetivo:** limpeza do corpo físico e harmonização.
- Música:** *Concerto pour une voix. Saint Preux.* Concerto para uma voz.

Fiquem em uma posição confortável, respirem fundo três vezes, inalando pelo nariz e expirando pela boca.

Agora pense em si mesmo em um belo cenário natural, aquele que você já conhece e que acha bonito e acolhedor.

Ao olhar para a sua direita, você, surpresa, percebe a presença de um canteiro de flores coloridas e vibrantes.

Agora, imagine que você está indo em direção a esse canteiro e que essas flores possuem a energia e conforto necessários para lhe causar bem-estar e tranquilidade.

Colha uma dessas flores e perceba que dela emana uma luz colorida e perfumada.

Agora, pegue essa flor e direcione sua luz e perfume para as partes do seu corpo: alto da cabeça, testa, face, nuca, pescoço, passe-a ao longo do seu braço direito e esquerdo e também em suas mãos.

A seguir, direcione essa energia da flor para o seu abdome, envolva-o todo nesta luz e sinta seu corpo sendo revitalizado.

Agora, direcione essa energia para sua pélvis, bacia, passe-a na sua coluna vertebral, envolva suas costas nesta luz que lhe proporciona uma sensação agradável.

Direcione, a seguir, essa luz para suas coxas, pernas e pés.

Sinta-se totalmente relaxada e revitalizada.

Solte essa flor no ar e perceba como ela se integra no Universo.

Eu vou contar agora até dez e quando terminar você pode respirar fundo e abrir os olhos.

Anexo 09

Modelagens sobre o significado de cuidado na adolescência



Anexo 10

Sessão de Relaxamento

- **Objetivo:** limpeza do corpo físico e harmonização.
- **Música:** *Prélude pour piano*. Concerto para uma voz. *Saint Preux*.

Coloque-se numa posição confortável.

Agora comece a prestar atenção a sua respiração.

Calmamente observe o ar entrando pelas suas narinas.

Agora você vai imaginar que o oxigênio que entra em suas narinas está com uma cor esverdeada brilhante, em forma de bolinhas.

Essas bolinhas esverdeadas de oxigênio entram em seus pulmões e daí passam para a corrente sanguínea.

Vão, assim, purificando todos os seus órgãos internos, músculos, ossos, cérebro e, por fim, toda a sua estrutura física.

Ao retornar ao pulmão, o sangue traz o gás carbônico que recolheu de suas células que sai, então, por suas narinas com uma coloração mais escura.

Sinta mais algumas vezes esse fluxo de purificação em seu corpo e perceba como você vai se sentindo mais revigorada e tranqüila.

Agora eu vou contar até três e, quando terminar, você pode abrir os olhos.

Anexo 11

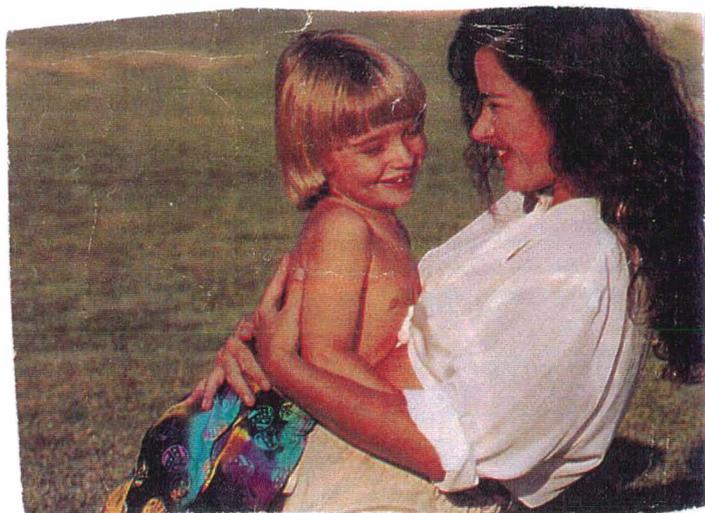
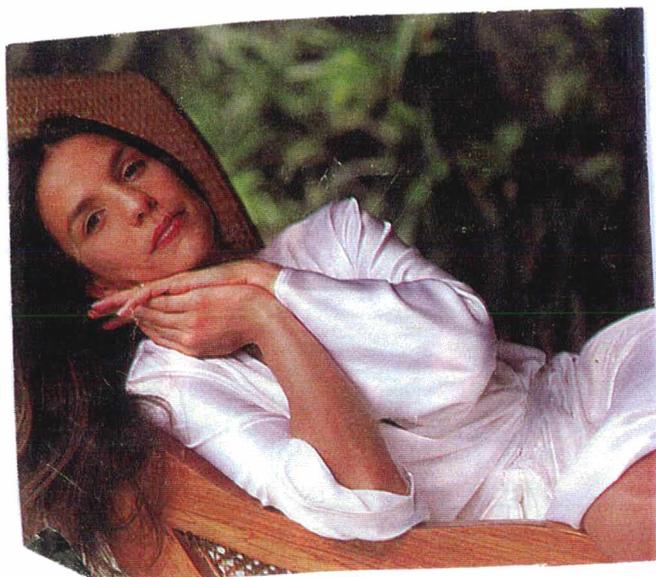
Transmissão de energia amorosa através do toque

Para vivenciarmos a transmissão e recepção de energia através do toque vamos, primeiramente, formar pares, compondo assim quatro duplas. A seguir, se dirijam para junto dos colchonetes e fiquem frente a frente com seu par. Respirem agora três vezes profunda e lentamente. Uma pessoa de cada par deve deitar-se no colchonete em decúbito dorsal, enquanto a outra deve esfregar firmemente as mãos e transmitir através de sua vontade todo o potencial de amor que puder mobilizar para as suas mãos. A seguir, devem começar a massagear lentamente a colega que está deitada, começando pela cabeça, indo para a face, pescoço, tronco e membros. Após massagear a parte da frente do corpo, solicitar delicadamente que a colega mude para o decúbito ventral, procedendo então à massagem e à transmissão de energia. Enquanto estão sendo massageadas vocês vão seguindo com seus pensamentos as minhas falas. Depois, faremos o mesmo procedimento para transmitir energia amorosa para as demais. Podem começar.

Agora, ao sentir o toque amoroso em seu corpo, você vai se permitir sentir o prazer que esse toque lhe traz. Ao mesmo tempo você vai desbloqueando as suas crenças negativas em relação a seu corpo físico. Esse corpo que lhe possibilita se expressar neste mundo. Este corpo que viabiliza a você estar em interação consigo mesma, com os outros e com o meio ambiente, experienciando a vida de acordo com as suas necessidades de crescimento. Um corpo de mulher que lhe possibilita identificar-se com a natureza que lhe permitiu a concepção, a geração sagrada da vida. Permitindo-se sentir o prazer com a penetração da energia amorosa em seu corpo, você agradece a todas essas possibilidades. Agora, em silêncio, permita-se sentir esse amor.

Anexo 12

Colagem sobre o significado de cuidado na vida adulta



Anexo 13

Poesia – Cuidadores

Emprestas a tua mão e te vejo a cuidar meu corpo enfermo.

Que profissão é essa que sabe as feridas que oculto sob a pele?

Que sabe onde a dor pulsa mais forte, mesmo ante a tantos bálsamos que me afortunam.

Ontem, enquanto eu dormia a sono solto,

Emprestaste o teu sono e ficaste em vigília pra que eu não sucumbisse às sombras e pudesse despertar com o sol.

Ontem, enquanto eu tinha a certeza de que provava o último sopro de vida, tua presença concreta me trouxe de novo à luz.

Que jornada é a tua que tomas para ti e silencias horas a fio, enquanto eu grito e firo os teus ouvidos?

Que jornada é essa a que te expões enquanto te agrido os sentidos com odores

Incontinentes, e tu, mesmo assim, me sorris

Na intenção de me por à vontade.

Pra tua lida não há paga, e quem dela necessita alenta-se com os teus bons cuidados.

Emprestas a tua mão e não cede ao peso do meu fardo.

Hoje, eu queria ter a certeza de que estás bem cuidado pra que exerças com liberdade o Dom que em especial te foi confiado.

Idésio de Oliveira

Porto Alegre, maio, 1997