

ROSANE MARIA MARTINS BONDAN

CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL
Sob a perspectiva da Teorista Hildegard Peplau

Rio Grande, março de 2006

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL
Sob a perspectiva da Teorista Hildegard Peplau

ROSANE MARIA MARTINS BONDAN

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Dra. Hedi. Crecencia Heckler de Siqueira

Rio Grande, março de 2006

ROSANE MARIA MARTINS BONDAN

CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL
Sob a perspectiva da Teorista Hildegard Peplau

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação da Banca Examinadora para obtenção do Título de

Mestre em Enfermagem

e aprovada, na versão final, em 31 de março de 2006, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Enfermagem e Saúde.

Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Coordenador do Programa

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Hedi. Crecencia Heckler de Siqueira
Presidente (FURG)

Prof^ª. Dr^ª. Luciane Prado Kantorski
Membro Efetivo (UFPEL)

Prof^ª. Dr^ª. Susana Inês Molon
Membro Efetivo (FURG)

Prof^ª. Dr^ª. Mara Regina Santos da Silva
Membro Efetivo (FURG)

Prof^ª. Dr^ª. Maria Elisabeth Carvalho Cestari
Membro Efetivo (FURG)

Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Suplente (FURG)

DEDICO ESTE TRABALHO, DE FORMA MUITO

ESPECIAL AOS MEUS FILHOS PAULA E RAFAEL,

PRECIOSIDADES DA MINHA VIDA.

AGRADECIMENTOS

AGRADEÇO A DEUS PELA MINHA EXISTÊNCIA E PELA OPORTUNIDADE DE CONCRETIZAR MAIS ESTE SONHO.

AOS MEUS PAIS (IN MEMORIAN), PELO EXEMPLO, PELA FORMAÇÃO QUE RECEBI E PELA PESSOA QUE ME TORNEI. ACREDITO QUE MESMO DISTANTES, ACOMPANHARAM, INCENTIVARAM E ILUMINARAM MEUS PASSOS DURANTE ESTA TRAJETÓRIA. À ELES, MEU RESPEITO, AGRADECIMENTO E ETERNA GRATIDÃO PELA REPRESENTATIVIDADE QUE OCUPAM EM MINHA VIDA.

AO MEU FILHO RAFAEL, PELA PARCERIA E COMPREENSÃO NOS MOMENTOS DE AUSÊNCIA; OBRIGADO PELO INCENTIVO E CONFIANÇA QUE ME DEDICASTE!

A MINHA FILHA PAULA, PELO COMPANHEIRISMO, INCENTIVO E CUIDADOS CONSTANTES; CERTAMENTE TERIA SIDO MUITO DIFÍCIL CONCLUIR ESTE TRABALHO SEM A TUA COLABORAÇÃO!

AOS MEUS IRMÃOS, AGRADEÇO PELO CARINHO, COMPANHEIRISMO, INCENTIVO E VIBRAÇÃO EM TODOS OS MOMENTOS. OBRIGADO PELO TEMPO QUE ME DISPONIBILIZARAM, ALIVIANDO MEUS MOMENTOS DE DESÂNIMO E ANGÚSTIA E AINDA, POR TEREM ACREDITADO E ACOMPANHADO ESTA CONQUISTA.

À ORIENTADORA PROFESSORA DRA. HEDI CRECENCIA H. DE SIQUEIRA, PELA DISPONIBILIDADE, CARINHO E INCANSÁVEL DEDICAÇÃO, TORNANDO POSSÍVEL A REALIZAÇÃO DESTE TRABALHO. MEU RECONHECIMENTO PELO APOIO E INCENTIVO QUE SEMPRE ME DEDICOU, NORTEANDO O RUMO A SER PERCORRIDO.

AOS PROFESSORES E COLEGAS DO CURSO DE MESTRADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-FURG, AS EXPERIÊNCIAS E O CONVÍVIO DURANTE ESTE PERÍODO DE MINHA VIDA.

À POLICLÍNICA RIO GRANDE, AGRADEÇO A POSSIBILIDADE DE DESENVOLVER MINHA PESQUISA.

AOS COLEGAS DO AMBULATÓRIO NAVAL DO RIO GRANDE, PELO INCENTIVO E COMPREENSÃO DURANTE O PERÍODO DE REALIZAÇÃO DO MESTRADO.

AOS SUJEITOS DESTA PESQUISA, POR SUA DISPONIBILIDADE E COLABORAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DESTE TRABALHO.

A TODOS OS QUE, DIRETA OU INDIRETAMENTE, CONTRIBUÍRAM PARA A REALIZAÇÃO DESTE TRABALHO.

RESUMO

BONDAN, Rosane Maria Martins. **Consulta de enfermagem em saúde mental – sob a perspectiva da teórica Hildegard Peplau**, 2006. 115p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Ao pesquisar o tema **consulta de enfermagem** em clientes emocionalmente adoecidos, buscaram-se respostas para a questão norteadora: **Que contribuições a consulta de enfermagem oferece aos seus clientes da saúde mental?** **Objetivou-se** investigar as principais contribuições da consulta de enfermagem realizada com clientes da saúde mental, com base na Teoria Parcial para a Prática da Enfermagem de Hildegard Peplau (1952). Justifica-se este objetivo a partir dos **pressupostos** formulados em relação à consulta de enfermagem em saúde mental (CESM) acreditando que, através dela, torne-se possível: evitar ou reduzir a recaída do agravo emocional; elaborar o diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento prévio ao cliente emocionalmente adoecido; favorecer a reintegração e a recuperação do indivíduo na sua comunidade, em um intervalo de tempo reduzido e de forma mais eficaz, a CESM, através do incentivo direcionado ao cliente, favorece a resolutividade de suas dificuldades, promove e contribui efetivamente a saúde mental. Realizou-se um levantamento documental na Policlínica do Rio Grande/Rs para buscar os sujeitos a serem pesquisados. **A coleta de dados foi realizada** através da técnica de entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados e interpretados qualitativamente, emergindo daí as seguintes **categorias: a percepção e a qualidade de vida**. Na categoria da percepção destacaram-se, como elementos complementares e integradores, o auto-conhecimento, o conhecimento da doença e a auto-estima. Em relação à categoria da qualidade de vida evidenciaram-se, como elementos complementares e integradores, a valorização da vida, a motivação e o convívio social. A busca da **compreensão dos dados** revelou que a consulta de enfermagem, utilizada como processo de trabalho em saúde mental, contribuiu terapêuticamente para a recuperação dos clientes emocionalmente adoecidos que a aceitaram como mais uma alternativa de tratamento, objetivando intensificar o processo de recuperação. Descobriu-se que a consulta de enfermagem auxiliou a todos os sujeitos a conhecerem-se e a entenderem melhor o que estava ocorrendo. Além disso, todos se manifestaram satisfeitos e progredindo com as consultas de enfermagem, dando ênfase à recuperação da auto-estima, à auto-ajuda, ao apoio, à oportunidade de expressar seus sentimentos, de desabafar, e de transmitir tranquilidade e motivação. Os participantes do estudo destacaram a atuação e a qualificação da profissional enfermeira junto à clientela assistida, que possibilitou a eficácia da terapêutica, promovendo o resgate do papel social dos sujeitos do estudo junto a seus familiares, amigos, parentes e a seus compromissos laborais. A avaliação destes resultados permitiu a construção do conhecimento relativo à consulta de enfermagem, que auxilia os portadores de sofrimento mental e possibilita-lhes, além de conhecer-se a si mesmos e à própria doença, apoio na reconquista de dias mais felizes. Propicia-lhes uma qualidade de vida mais confiante, digna e efetiva. E também os reintegra mais brevemente ao convívio social e ameniza-lhes as recaídas dos agravos emocionais. Os resultados obtidos confirmam os pressupostos inicialmente traçados. Todos os sujeitos, em relação à consulta de enfermagem, manifestaram-se de forma positiva e salientaram sentir-se gratificados pelas conquistas alcançadas: vencer seus momentos de adversidade, por não terem desistido de si, de suas vidas, superando suas próprias limitações, otimizadas através do suporte profissional que receberam da enfermeira.

Descritores: Enfermagem, Saúde Mental, Percepção, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

BONDAN, Rosane Maria Martins. **Nursing Consultation in mental health - Under the perspective of Hildegard Peplau**. 2006. 115p. Dissertation (Nursing Master's Degree) – Postgraduate program in Nursing, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

When investigating the subject **nursing consultation** in clients with emotional problems, answers were search for the guiding question: What contributions does the nursing consultation offers to mental health area clients? The objective to investigate the main contributions of nursing consultation with mental health area clients, based on the Partial Theory for Nursing Practice of Hildegard Peplau (1952). This objective is justified by **presupposed** answers formulated in relation to the nursing consultation in mental health (CESM) believing, that through this, it is possible: to prevent or reduce the recurrence emotional aggravate; to elaborate the diagnosis and, consequently, the previous treatment to the client with emotional problems; to favor the reintegration and the recuperation of the patient in his/her community, in a reduced time period and in a more effective way. Besides that I also consider, that the CESM, through the directed incentive towards the client, favors the solution of his/her difficulties, promotes and contributes effectively to mental health. In this study, a documentary was made at Policlínica of Rio Grande/RS to find people to be part of this study. **The data was collected** through the technique of semi-structured interview. The data collected, was analyzed and qualitative interpreted. After that the following **categories** came up: the **perception and quality of life**. In the perception category it stands out, as complementary and integrators elements, the self-knowledge, the knowledge of illness and self-esteem. In relation to quality of life category it becomes evident, as complementary and integrators elements, the value of life, the motivation and the social life. The search of **data understanding** revealed that the nursing consultation, used as working process in mental health area, contributed therapeutically for the recovery of clients with emotional problems who accepted it as another alternative for treatment, having as objective to intensify the recovery process. It was discovered that the nursing consultation helped all people to know each other and have a better understanding of what was happening. Besides that all of them showed satisfaction and were having progress with the nursing consultation, giving emphasis to self-esteem recovery, self-help, the support, the opportunity of expressing their feelings, to be relieved, and transmitting tranquility and motivation.

The participants of the study emphasized during the investigation, the performance and the professional nursing qualification to the clients assisted, which made possible the effectiveness of the therapy, promoting the rescue of the social side of people in the study to their families, friends, relatives and to their labor commitments. The evaluation of these results allowed the construction of a partial knowledge of nursing consultation, which helped patients with mental problems and made possible for them, besides knowing themselves and knowing their disease, to have a support so they can have happier days. Providing also worthy, effective and more real quality of life. Also reintegrating them sooner to the social life, saving them from emotional relapses. The results obtained confirm the assumption first drawn. Everybody, in relation to the nursing consultation, pronounced themselves in a positive way and had pointed out that they feel gratified by the conquests reached: overcoming their adversity moments, not having given up of themselves and their lives, surpassing their own limitations, optimized by the professional support that they had received from the nurse.

Descriptors: Nursing, Mental Health, Quality of Life.

RESUMEN

BONDAN, Rosane Maria Martins. **Consulta de enfermería en salud mental – Bajo la perspectiva de Hildegard Peplau**, 2006. 115p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Al investigar el tema **consulta de enfermería** en clientes emocionalmente enfermos, se buscaron respuestas para la cuestión orientadora: ¿Qué contribuciones ofrece la consulta de enfermería a los clientes de la salud mental? **Se tomó como meta** la investigación de las principales contribuciones de la consulta de enfermería realizada con clientes de salud mental, con base en la Teoría Parcial para la Práctica de la Enfermería de Hildegard Peplau (1952). Los **presupuestos** formulados con relación a la consulta de enfermería en salud mental (CESM) creyéndose que, a través de ella, sea posible: evitar o reducir la recaída emocional; elaborar el diagnóstico y, consecuentemente, el tratamiento previo para el cliente emocionalmente enfermo; favorecer la reintegración y la recuperación del individuo en su comunidad, en un intervalo de tiempo reducido y de forma más eficaz. Además de eso, considero también que la CESM, por medio del incentivo dirigido hacia el cliente, favorece la resolución de sus dificultades, promueve y contribuye efectivamente para la salud mental. En este estudio, se realizó un levantamiento documental en la Policlínica do Rio Grande/RS para buscar los sujetos a ser investigados. La **recogida de datos fue realizada** a través de la técnica de entrevista semi-estructurada. A partir de la recogida de datos, y del análisis e interpretación cualitativa, surgieron de ahí las siguientes **categorías**: la **percepción y la calidad de vida**. En la categoría de la percepción se destacan como elementos complementares e integradores, el auto-conocimiento, el conocimiento de la enfermedad y el autoestima. Con relación a la categoría de la calidad de vida se hacen evidentes, como elementos complementares e integradores, la valorización de la vida, la motivación y la convivencia social. La **comprensión de los datos** reveló que la consulta de enfermería, utilizada como proceso de trabajo en salud mental, contribuyó terapéuticamente para la recuperación de los clientes emocionalmente enfermos que la aceptaron como una alternativa más de tratamiento, con el objetivo de intensificar el proceso de recuperación. Se descubrió que la consulta de enfermería auxilió a todos los sujetos en su conocimiento propio y en una mejor comprensión de lo que estaba ocurriendo. Además de eso todos se manifestaron satisfechos y progresando con las consultas con la enfermera, dando énfasis a la recuperación del autoestima, a la auto-ayuda, al apoyo, a la oportunidad de expresar sus sentimientos, de desahogarse, y de transmitir tranquilidad y motivación. Los participantes del estudio destacaron durante la investigación, la actuación y el preparo de la profesional enfermera junto a la clientela atendida, que posibilitó la eficacia de la terapia, promoviendo el rescate del papel social de los sujetos del estudio junto a sus familias, amigos, parientes y a sus compromisos laborales. La evaluación de estos resultados permitió la construcción del conocimiento relativo a la consulta de enfermería, que auxilia a los portadores de sufrimiento mental el apoyo en su reconquista de días más felices. Proporcionándoles también una calidad de vida más confiable, digna y efectiva. Y reintegrándolos con mayor brevedad a la convivencia social, amenizando de esta forma las recaídas emocionales. Los resultados obtenidos confirman los presupuestos inicialmente trazados. Todos los sujetos, con relación a la consulta de enfermería, se manifestaron de forma positiva y revelaron sentirse gratificados por las conquistas alcanzadas: vencer sus momentos de adversidad, por no haber desistido de sí mismos ni de sus vidas, superando sus propias limitaciones, optimizadas a través del soporte profesional que recibieron en la enfermería.

Descriptores: Enfermería, Salud Mental, Calidad de vida.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES/QUADROS

Quadro 1 – as cinco fases da organização do processo de enfermagem segundo Peplau	41
Quadro 2 – as cinco propriedades do processo de enfermagem segundo Peplau	42
Quadro 3 - Relação processo de enfermagem/ Peplau X consulta de enfermagem	49
Quadro 4 – Número de entrevistados conforme sexo e a faixa etária	60
Quadro 5 – Relação entre a distribuição dos entrevistados e os familiares adoecidos.....	62
Quadro 6 – Relação entre os participantes do estudo e o tempo de tratamento com a enfermeira.....	63
Quadro 7 – Relação dos participantes do estudo e resultados que promoveram sua satisfação e progresso, através das consultas com a enfermeira.	64
Quadro 8 – Resultados obtidos quanto à facilitação do convívio social através das consultas com a enfermeira	64
Quadro 9 – Contribuições em destaque da consulta de enfermagem segundo a visão dos participantes.....	65
Quadro 10 – Categorias e Elementos complementares e integradores.....	66

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	14
2 - REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA DOENÇA MENTAL.....	23
2.2. OLHANDO A SAÚDE E A DOENÇA MENTAL.....	29
2.3. A SAÚDE MENTAL NO SISTEMA DE SAÚDE, SOB O OLHAR PREVENTIVISTA	31
2.4. CUIDADO AO SER HUMANO EMOCIONALMENTE ADOECIDO.....	35
2.5. PROCESSO DE ENFERMAGEM NA VISÃO DE HILDEGARD PEPLAU.....	39
2.6. CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	45
2.7. CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL.....	50
3 - METODOLOGIA	53
3.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	53
3.2. OPÇÃO PELO LOCAL E CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	54
3.3. CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DOS SUJEITOS.....	55
3.4. OS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	55
3.5. DESCREVENDO A COLETA DE DADOS.....	56
3.6. ANALISANDO OS DADOS.....	59
3.7. BUSCANDO COMPREENDER OS DADOS.....	66
3.7.1 - A PERCEPÇÃO.....	67
3.7.2 - A QUALIDADE DE VIDA.....	81
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS.....	107
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	110
APÊNDICE 2 – AUTORIZAÇÃO.....	111
APÊNDICE 3 – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	113
ANEXO - RESOLUÇÃO COFEN – 159.....	114

1. INTRODUÇÃO

O ser humano se distingue dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, imaginação, simbolização e poder unir passado, presente e futuro. Estas características permitem sua unicidade, autenticidade e individualidade (HORTA,1979).

Este estudo teve sua origem em questionamentos que me acompanharam desde o tempo de formação acadêmica e que, ao longo de minha trajetória profissional, foram se tornando cada vez mais evidentes. Lembro-me, com clareza, da preocupação criteriosa e, no meu entender, até mesmo punitiva, em ser a profissional mais eficiente, a mais prestativa e a mais justa, na assistência aos clientes com os quais logo comecei a ter contato. Com o passar do tempo, esta exigência progredia, ampliando minha inspiração e realização com a profissão que havia escolhido. Esta constatação levou-me a buscar respostas para minhas inquietações, entendendo que as mesmas poderiam ser conquistadas através de um aprofundamento ou aperfeiçoamento profissional, considerando que já estava alguns anos afastada do convívio acadêmico.

Em relação à escolha do tema de meu projeto, Consulta de Enfermagem em Saúde Mental, considero ser relevante rever, sumariamente, minha trajetória profissional, até chegar ao presente momento, retratando como ela serviu de alavanca para o despertar desta caminhada.

Através da realização de concurso público federal, ingressei na Marinha do Brasil para atuar como enfermeira, em janeiro de 1984. A Marinha do Brasil, no contexto da saúde, fundamenta sua assistência no atendimento aos militares e a seus dependentes. Especificamente, na cidade do Rio Grande/RS, esse atendimento é desenvolvido no Ambulatório Naval do Rio Grande, representado pelo Departamento de Saúde do Comando do 5º Distrito Naval, abrangendo os Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná. Sua finalidade é prestar e gerenciar, extra-marinha, assistência médico-hospitalar e odontológica aos 10.993 usuários do Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA), dessa região. A equipe de saúde é constituída por médicos, odontólogos, farmacêuticos, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e equipe de enfermagem (enfermeiras, técnicos e auxiliares).

Desde a minha admissão no Ambulatório Naval do Rio Grande (ANRG), desenvolvi atividades, tanto no setor administrativo como no assistencial e, apesar de sentir-me satisfeita

com o trabalho que desenvolvia, por vários momentos, a frustração se apresentava, como se a minha escolha profissional não me realizasse plenamente. Desmotivada com a rotina da minha prática, resolvi ingressar no curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem/ESPENSUL, em 1998. Esse curso fundamenta a sua metodologia de trabalho científico por meio do desenvolvimento e da apresentação de um projeto assistencial ainda não implementado na instituição, à qual o aluno está profissionalmente vinculado.

Analisando os diversos programas assistenciais já desenvolvidos pelo ANRG, consegui concluir que o setor que mais necessitava de incentivo e de uma possível mudança na forma da assistência prestada era o de saúde mental, onde 5% do total das consultas clínicas eram destinadas à psiquiatria, acarretando uma demanda reprimida. Considerando meu interesse por esta especialidade, cheguei a pensar em unificar o desenvolvimento do meu projeto assistencial ao desejo de visualizar novos objetivos e, assim, redirecionar minhas atividades profissionais. No entanto, as inquietações, as dúvidas e os dilemas estavam baseados no tipo de abordagem metodológica a ser proposta no projeto.

Essa demanda de 5% da clientela no setor de psiquiatria não correspondia com a disponibilidade de recursos humanos oferecidos naquele momento, no ANRG. Esse serviço ficava sob a responsabilidade de um único médico psiquiatra que, por sua vez, também se sentia sobrecarregado e até mesmo insatisfeito por seu idealismo não corresponder às necessidades da clientela que buscava ajuda.

Frente a tal realidade, ocorreu-lhe a idéia, como alternativa para amenizar essas dificuldades, de solicitar junto à chefia do ANRG a colaboração de uma profissional enfermeira que manifestasse interesse em auxiliá-lo no manejo dos seus pacientes, compartilhando pensamentos e sentimentos deles. No seu entender, através dessa parceria poderia ser viabilizado um acompanhamento mais contínuo e mais sistemático, possibilitando aos pacientes serem atendidos com uma frequência maior. Isso diminuiria conseqüentemente o tempo para recuperação deles, promovendo melhores condições de acompanhamento à sua saúde, através da elaboração de diagnóstico e tratamentos precoces. Essa busca junto à enfermagem abriu o espaço e a possibilidade para o desenvolvimento do tema do meu projeto assistencial: “Implementação da consulta de enfermagem em saúde mental, nos procedimentos de rotina, dentro do ANRG”.

Embora houvesse a insegurança, o medo de arriscar, percebi que a minha contribuição profissional não precisaria envolver, inicialmente, grandes realizações. Mesmo que atuasse, no primeiro momento, de forma reduzida, participando de encontros, enfatizando

aconselhamentos e orientações na busca de um melhor cuidado e resolutividade de dificuldades emocionais apresentadas por clientes, certamente estaria contribuindo com a recuperação de uma parcela da clientela. Para mim, a responsabilidade superava o contexto de minha formação. Sendo assim, procurei entre as várias teorias de enfermagem aquela com a qual minha proposta de estudo mais se identificasse, assim como contemplasse meus valores como profissional enfermeira. Após várias leituras, encontrei suporte na teorista Hildegard Peplau (1952) que, com sua forma de pensar, contribuiu significativamente para o desenvolvimento inicial de meu projeto assistencial, uma vez que sua teoria fundamenta-se em salientar as orientações abordadas pela equipe de enfermagem, devendo possibilitar ao paciente rever suas experiências anteriores e tentar compreender, da melhor maneira possível, o que ocorre na situação atual, de modo que essas experiências possam ser reintegradas a outras situações de vida, ao invés de serem dissociadas delas e consideradas desagregadas.

Além disto, também selecionei Peplau (1953) como a figura que norteou minha investigação, ao aliar-me de seu pensar que considera considerando a enfermagem como “terapêutica”, no sentido de que se trata de uma arte curativa, auxiliando um indivíduo doente ou necessitado de cuidados de saúde. Nesta mesma vertente, ela refere que, à medida que o profissional orienta o paciente na direção das soluções, durante os encontros diários, os métodos e princípios utilizados na prática assistencial tornam-se cada vez mais eficientes. Cada encontro influencia o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro. Os referenciais descritos por Peplau (1952) aliam-se à proposta de assistência desenvolvida através da consulta de enfermagem que será apresentada durante este estudo.

A sistematização desta nova atividade consistiu no agendamento de consultas de enfermagem, a partir do encaminhamento realizado pelo médico, com a finalidade de reduzir o intervalo entre um encontro e outro com o especialista. Sendo assim, a consulta de enfermagem em saúde mental (CESM) poderia, inicialmente, intervir como uma atividade terapêutica mediadora, disponibilizando suporte ao paciente, tentando mantê-lo motivado a continuar seu tratamento. Através desta iniciativa, teríamos – médico e enfermeira - como acompanhar, mais facilmente, o uso adequado da medicação, como minimizar suas dúvidas quanto à sua patologia, como incentivar a resolutividade de suas dificuldades, contribuindo, desta forma, para a melhoria de sua qualidade de vida, reduzindo as suas ansiedades, conseguindo que se sentisse mais seguro nas diversas situações da vida. Periodicamente, seriam realizados encontros para a avaliação quanto à evolução terapêutica dos pacientes compartilhados entre o médico e a enfermeira, objetivando avaliar a metodologia de trabalho, bem como o planejamento e o replanejamento das próximas consultas, com base nos resultados alcançados.

Como consequência dos resultados obtidos com a parceria estabelecida, em um primeiro momento, entre médico e enfermeiro, o trabalho foi iniciado através da efetivação da CESM (em média 25 consultas mensais). Obteve-se, como resultado positivo, a redução em torno de 70% dos casos de internação hospitalar, além de prevenir a recaída dos clientes assistidos conjuntamente, assim como uma significativa redução da utilização da terapia medicamentosa. Com base nos resultados concretos, a assistência foi aprimorada através do estabelecimento de parcerias com outros profissionais (psicólogos, assistentes sociais, terapeuta ocupacional) como forma de ampliar, unificar e fortalecer o cuidado, inicialmente desenvolvido por apenas dois profissionais: médico e enfermeiro.

Em julho de 1999, foi estruturada a primeira equipe multidisciplinar de saúde mental do Ambulatório Naval do Rio Grande, composta por uma enfermeira, dois assistentes sociais, um médico especialista em medicina comunitária e três psiquiatras. Além das atividades pertinentes a cada integrante da equipe, outras foram sendo incluídas para reforçar o desenvolvimento deste trabalho: atividades construtivas (pinturas, bordados, tricô), físicas (caminhadas, aulas de natação), de socialização (comemorações: aniversários, Dia do Amigo, Natal, Páscoa), e reuniões com familiares. O novo trabalho em equipe foi amplamente divulgado entre as organizações da Marinha do Brasil, distribuídas em vários estados do país, e veio a constituir-se como padrão de referência para os pacientes portadores de doença mental.

Em junho de 2000, considerando a repercussão satisfatória sobre a implantação da CESM, no ANRG, tive a oportunidade de compartilhar esta experiência com profissionais que integravam uma clínica de saúde da cidade e que, por confiarem nos resultados até então apresentados, resolveram também investir nessa alternativa terapêutica. A diferença entre as instituições quanto ao modelo assistencial prestado, envolvia a categoria de usuários atendidos. Enquanto a primeira experiência abrangia como usuários os militares e seus dependentes, esta outra envolvia clientes com planos de saúde diferenciados, bem como clientes particulares. Graças a esta nova oportunidade, surgiu uma outra possibilidade de desenvolver minha assistência profissional, agora como autônoma, desvinculada de qualquer órgão remunerador, confiando apenas no meu próprio desempenho.

Este era um novo desafio profissional que me empolgou e motivou a seguir investindo em algo que considero ser viável como mais um campo de trabalho para as enfermeiras. Esta atividade foi desenvolvida até o início de 2003, quando, temporariamente, foi interrompida, devido ao meu ingresso como aluna especial no Curso de Mestrado em Enfermagem. A carga horária não viabilizava, naquele momento, a dedicação necessária para o exercício das duas atividades, além das atividades curriculares exigidas pelo curso. As experiências profissionais

vivenciadas direcionaram o tema para meu projeto de dissertação: “Analisar as contribuições da consulta de enfermagem aos clientes na Saúde Mental”.

Durante este período de novas experiências profissionais na saúde mental, cabe salientar também que, em março de 2002, mais uma oportunidade profissional me foi oferecida: colaborar com a implantação de um serviço de assistência à saúde mental em outra clínica particular, com serviços conveniados complementares. A instituição referida, reconhecida pela razão social de Policlínica Rio Grande Ltda., pretendia investir em um serviço especializado, com profissionais qualificados, tornando-se a única clínica conveniada em Rio Grande a oferecer esse atendimento aos seus usuários, na área de saúde mental.

Assim, graças às oportunidades profissionais que me foram possibilitadas, tive o privilégio de poder contribuir com o aperfeiçoamento em prol de uma assistência diferenciada aos doentes mentais, tornando-a um pouco mais humanizada e dinâmica, fundamentada em atividades de prevenção, promoção da saúde, manutenção do bem-estar dos assistidos e de seus familiares. As experiências profissionais vivenciadas direcionaram o tema para meu projeto de dissertação: “Analisar as contribuições da consulta de enfermagem aos clientes na saúde mental”. Cabe salientar que o êxito da experiência foi favorecido pelos seguintes aspectos:

- a consulta de enfermagem focalizar o atendimento ao indivíduo, possibilitando a expressão de seus sentimentos, facilitando com isso a identificação de suas dificuldades, bem como promovendo o incentivo às suas realizações;

- a formação da profissional enfermeira direcionada ao desenvolvimento de uma abordagem holística ao indivíduo, contribuindo para a expansão e o aperfeiçoamento de uma assistência à saúde mais qualificada e envolvendo aspectos multidimensionais do ser humano;

- fundamentalmente, pelo apoio recebido dos demais profissionais nos locais de trabalho onde atuei, por acreditarem, apoiarem e incentivarem a legitimação deste procedimento que oferecia possibilidades aos clientes emocionalmente adoecidos¹ (CEAs.), oferecendo uma terapêutica mais digna e humanizada, na busca da amenização de seu sofrimento.

Todos estes fatores me incentivaram a dar continuidade no meu aperfeiçoamento nessa área.

¹ Neste estudo, o termo “ser humano emocionalmente adoecido” caracteriza aquele indivíduo que, perante situações de agravo (lutos, desemprego, doenças familiares, conflitos conjugais e familiares, medos...) não conseguem manter o equilíbrio entre a dificuldade apresentada e as possibilidades reais que possui, naquele momento, para resolvê-las ou minimizá-las. Dessa forma, ele experimenta sentimentos desagradáveis que podem conduzi-lo a um estado de doença.

Sendo assim, em março de 2004, ingressei como aluna efetiva no Curso de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande. Embora o serviço implantado nas duas instituições transcorresse satisfatoriamente, tanto para o Departamento de Saúde do Ambulatório Naval do Rio Grande e para direção da Policlínica Rio Grande Ltda., quanto para seus usuários, alguns questionamentos e dúvidas passaram a me inquietar novamente:

- Até que ponto a consulta de enfermagem em saúde mental (CESM) estaria contribuindo efetivamente para a recuperação dos clientes?
- Como eles se sentiam consultando com a enfermeira?
- Sentiriam necessidade de procurar outro profissional, para reforçar as consultas com a enfermeira?

Estas indagações também acompanham as perspectivas de Hildegard Peplau (1952) ao considerar a enfermagem uma “força amadurecedora e um instrumento educativo”. Ela acredita que a enfermagem é uma experiência de aprendizado para o próprio profissional pessoa assim como para os outros indivíduos envolvidos na ação interpessoal. Portanto, para a teórica, as pessoas que estão conscientes de seus próprios sentimentos, percepções e ações têm mais probabilidade de estar conscientes das reações individuais dos outros. Além disso, à medida que a enfermeira trabalha com o paciente para resolver problemas da vida cotidiana, a sua prática de enfermagem torna-se significativamente mais eficaz

A partir destas reflexões, tracei a questão norteadora desta pesquisa: “Que contribuições a consulta de enfermagem oferece aos clientes da saúde mental?”

Segundo Vanzin e Nery (1986), a consulta de enfermagem, de forma geral, é uma atividade-fim, desenvolvida em nível individual, familiar e comunitário, de modo sistemático e contínuo.

Uma das formas de perceber a efetivação desse referencial vem através da atividade desenvolvida por Jóia (2000), que tinha como missão nortear o avanço da prática de enfermagem psiquiátrica, oferecendo uma assistência de enfermagem de alta qualidade aos pacientes com transtornos mentais, aos indivíduos, às famílias, aos grupos e à comunidade, por meio de ensino e treinamento dos membros do serviço de enfermagem, tendo como meta a promoção da saúde mental, a prevenção dos distúrbios mentais, o tratamento, a recuperação e a reintegração da pessoa à família e à sociedade.

Da mesma forma, Scherer/Labate (2002) reforçam o mesmo pensar, através de seu estudo intitulado: “Interconsulta em Enfermagem Psiquiátrica: Qual a compreensão do enfermeiro sobre esta atividade?” Esse estudo objetivou demonstrar o grau de conhecimento

das profissionais enfermeiras dos serviços de clínica médica, cirúrgica e de queimados, acerca da eficiência da interconsulta em enfermagem psiquiátrica.

Oliveira (2001), em sua dissertação “Pintando novos caminhos: visita domiciliar em saúde mental”, abordou as dificuldades, as relações e as possibilidades de cuidado dos pacientes e seus familiares no cotidiano do domicílio, após a experiência de uma internação (psiquiátrica ou não) e as implicações desse cuidado para a enfermeira.

Sendo assim, a partir dessas várias experiências, percebe-se que a assistência de enfermagem em saúde mental vem destacando-se em âmbito geral no setor de saúde, graças à qualificação de uma assistência mais humanizada aos clientes emocionalmente adoecidos, favorecida pelas contribuições educativas desenvolvidas pela consulta de enfermagem. Cabe salientar, no entanto, que a implementação da consulta de enfermagem pode ser desenvolvida em qualquer área do setor de saúde, também comprovadas por algumas experiências já testadas ou que ainda continuam sendo executadas.

Bisagni (2002), em sua tese de mestrado, também utilizou-se da consulta de enfermagem para a qualificação de seu processo de trabalho. Nascimento e Silva (1999) inseriram a consulta de enfermagem em seu projeto Day Clinic, na Unidade de Transplante de Medula Óssea (TMO), cujos objetivos centralizaram-se em: unificar todos os atendimentos aos clientes do Programa TMO em uma única área física; favorecer o aumento da arrecadação hospitalar, diminuindo o tempo de permanência hospitalar, com maior número de atendimentos diários.

Enfermeiras da Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto, sob a coordenação de enfermeiras doutoras (Mandu;Paiva 1999), relatam a importância da consulta de enfermagem realizada com adolescentes, que se constituiu de um espaço favorecendo momentos de expressão/captação de necessidades, de resolução de problemas da competência profissional de enfermeiras e de articulação com outros setores profissionais e estruturas de apoio.

Na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Departamento Materno-Infantil, em parceria com os profissionais do Centro Municipal de Saúde Milton Fontes Magarão, no Engenho de Dentro, desde o ano de 1977, vem sendo realizada a Consulta de Enfermagem Neonatal, consistindo das seguintes etapas: entrevista inicial com a mãe/avó; avaliação para retorno; encaminhamentos internos ou externos, objetivando identificar as principais intercorrências que acometem o recém-nascido e a família, contribuindo tanto para melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil como para a formação de alunos de graduação que atuam na rede municipal.

Em função das diferentes abordagens acima relatadas, sobre a implantação da consulta de enfermagem nos vários segmentos do setor de saúde, penso que seja possível ocorrer um redirecionamento das práticas profissionais em saúde mental, em benefício de clientes como agentes de uma realidade social.

Peplau (1952) evidencia que a enfermeira possui um amplo conhecimento sobre a administração de estresse e sobre as teorias de desenvolvimento, o que permite maior compreensão do seu papel profissional no processo terapêutico. A partir dessa compreensão, ambos, profissional e cliente, colaboram e compartilham metas comuns até a resolução das dificuldades apresentadas.

Sob essa ótica, pressuponho que, através do desenvolvimento da CESM, seja possível: evitar ou reduzir o tempo de internação hospitalar; elaborar o diagnóstico de enfermagem e, conseqüentemente, de tratamento prévio do cliente emocionalmente adoecido; prevenir a recaída; favorecer a reintegração e a recuperação do indivíduo à sua comunidade, em um intervalo de tempo reduzido e de forma mais eficaz. Além disso, considero ainda que a CESM, através do incentivo direcionado ao cliente, favoreça a resolutividade de suas dificuldades, promovendo efetivamente a saúde mental.

O estudo aqui apresentado, delineando a atuação da profissional enfermeira na área de saúde mental, possui como respaldo o enfoque de um processo no qual a profissional tem a possibilidade de destacar-se por sua abordagem, priorizando o auxílio ao indivíduo, individualmente, quanto ao desenvolvimento de sua auto-estima, bem como ao estabelecimento de um padrão mais gratificante de relacionamentos interpessoais. Considero que o incentivo à prática da consulta de enfermagem como instrumento de trabalho, atuando na promoção da saúde e na prevenção da doença mental, venha a contribuir com a priorização dos processos de reabilitação, e de reconstrução social através do resgate da cidadania do ser humano, interagindo simultaneamente três elementos fundamentais: Família, Trabalho e Comunidade.

Cabe salientar também, neste momento, a contribuição de Peplau (1952) evidenciando, em sua teoria, a importância do trabalho conjunto entre cliente-família e profissional, objetivando reconhecer, esclarecer e definir o problema existente. Isto em troca diminui a tensão e a ansiedade associadas à necessidade sentida e ao medo do desconhecido. Essa diminuição da tensão e da ansiedade previne futuros problemas que podem surgir como resultado da repressão de um lado e da não-resolução de eventos significativos de outro.

Apoiada nos meus pressupostos já descritos anteriormente, corroborando a possibilidade da proposta em encontrar respostas para a questão de pesquisa, tracei como

objetivo: investigar as principais contribuições da consulta de enfermagem realizada com os clientes da saúde mental.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

...o direito à desrazão significa poder levar o delírio à praça pública, significa fazer do acaso um campo de invenção efetiva, significa libertar a subjetividade das amarras da verdade, chame-se ela identidade ou estrutura, significa devolver um direito de cidadania pública ao invisível e até mesmo e por que não, ao impensável... (BOTTI, 2004).

Os seres humanos sempre se preocuparam com aqueles que apresentam qualquer comportamento “diferente” daquele geralmente encontrado em seu meio. Por vezes, a origem dessa preocupação manifesta-se pela compaixão, outras vezes, deriva-se do medo ou talvez se origine da atitude solidária de ajudar o outro. Paralelamente a essa preocupação, também se percebem os “rótulos” que foram destinados às pessoas com alterações de comportamento, através dos tempos, incluindo termos como: pecador, lunático, insano, bruxo, louco e outros.

Os fatores que influenciaram e influenciam esse tratamento são vários, complexos e foram originados desde tempos mais remotos. Torna-se relevante resgatar um conhecimento mínimo sobre a trajetória histórica do doente mental no mundo, iniciando nos tempos pré-históricos, chegando à atualidade, destacando especialmente a de nível nacional e estadual. Busco, nesta breve retrospectiva, retratar a visão sobre os pacientes portadores de doenças mentais, objetivando salientar os aspectos mais relevantes dessa trajetória.

Abordo, neste estudo, o processo de enfermagem e a estruturação da consulta de enfermagem (CESM) e a atuação da enfermeira, na promoção da saúde e na prevenção da doença mental, ao valer-se da consulta de enfermagem sob a perspectiva da teórica Hildegard Peplau.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA DOENÇA MENTAL

uma coisa perdurará, que é a relação do homem com seus fantasmas, seu impossível, sua dor sem corpo, sua carcaça noturna; e, uma vez colocado o patológico fora de circuito, a sombria vinculação do homem à loucura será a lembrança intemporal de um

mal desaparecido em sua forma de doença, mas que sobrevive como infelicidade (MICHEL FOUCAULT).

A compreensão da doença mental tem passado por diversas fases, no decorrer da história da humanidade. Na antiguidade pré-clássica, as doenças eram explicadas como resultantes da ação sobrenatural. A partir de 600 a.C, os filósofos gregos trouxeram a idéia organicista da loucura e, até o começo da Idade Média, o tratamento dispensado era de apoio e conforto aos doentes mentais. No final da Idade Média até a Idade Moderna, houve uma mudança radical desses conceitos e a doença mental, segundo Foucault (1975), passou a ser considerada uma questão amplamente privada, basicamente determinada pelos costumes, com o poder público só intervindo em assuntos de direito (validação ou anulação de casamentos, em que um dos cônjuges enlouquecia ou se curava e nos casos de proteção da propriedade de insanos perdulários). Segundo Lopes (2001), o tratamento, antes humanitário, foi mudado para espancamento, privação de alimentos, tortura generalizada e indiscriminada, e aprisionamento. Os tratamentos médicos eram restritos a uns poucos abastados; as famílias de posse mantinham seus “loucos” em casa, enquanto aos pobres era permitido vagar pelo campo ou pelos mercados das cidades, e sua sobrevivência era garantida pela caridade pública (FOUCAULT, 1975).

Continuando na contextualização da doença mental, Taylor (1992) refere que, no século XVI, as pessoas portadoras de doenças mentais foram tratadas ainda com menos consideração. Quando a Igreja e os mosteiros desistiram de prestar atendimento aos “loucos”, a tarefa foi sendo gradualmente assumida pelas casas de caridade, casas de contrato ou asilos seculares como eram conhecidas. As pessoas mais violentas eram colocadas em celas e masmorras. Nesse período, Henrique VIII da Inglaterra, considerou oficialmente o Hospital de Bethlehem, em Londres, como um “asilo para lunáticos”, logo se transformou no notório “Bedlam” (confusão, tumulto ou hospício, na língua inglesa), cujas práticas terríveis foram imortalizadas por Hogarth, o famoso cartunista (TAYLOR, 1992). Nos séculos XVII e XVIII, as masmorras de Paris eram os únicos locais onde os doentes mentais violentos podiam ser presos. Severas purgações e sangrias eram os processos terapêuticos favoritos da época, e as camisas-de-força e o chicote eram aplicados religiosamente pelos carcereiros. Em 1792, “Philippe Pinel” (1745-1826), um clínico jovem, que mantinha o cargo de diretor médico do asilo Bicêtre, nos arredores de Paris, recebeu permissão da comuna revolucionária para libertar os prisioneiros de dois dos maiores hospitais; alguns deles viviam “acorrentados” há mais de 20 anos (TAYLOR, 1992). Se sua experiência houvesse fracassado, certamente ele teria tido sua cabeça

guilhotinada. Felizmente, ele estava certo e através dessa decisão provou, de maneira conclusiva, a falácia do tratamento desumano destinado às pessoas doentes mentais.

A trajetória da doença mental no Brasil não foi muito diferente. Segundo Lopes (2001), em 1848 foi elaborada no Brasil a planta e o orçamento do primeiro hospício de alienados para a população do Rio de Janeiro, sendo que em 1852, o mesmo foi inaugurado com o nome de hospício Dom Pedro II. Nessa época, também no Brasil, começou a surgir a noção de que as pessoas com problemas mentais deveriam permanecer isoladas e cuidadas em locais devidamente construídos para isso. Um dos nomes dados, naquela época ao asilo, era “hospício”, com a idéia de que os doentes mentais ficariam hospedados. A opinião predominante era a de que se deveriam criar grandes asilos em algumas cidades para recolher os alienados e deixá-los lá com a finalidade de tratamento e cura. No século XVIII, no Rio Grande do Sul, as preocupações com a saúde do corpo ou com a loucura não eram as mais importantes. A assistência aos doentes era precária e realizada na Santa Casa de Misericórdia. Os tratamentos eram praticados por leigos e religiosos; médicos eram poucos e atendiam as classes mais ricas. Podemos dizer que a caridade era mais importante do que o tratamento em si, tanto que uma das figuras principais das Santas Casas era o “Capelão da Agonia”, preocupado em atender as necessidades dos moribundos.

No século XIX, o sistema hospitalar público francês, ainda limitava-se quase que exclusivamente a grandes instituições, construídas em áreas rurais remotas, de acordo com os planos arquitetônicos desenvolvidos pelo doutor Thomas Kirkbride. A localização dessas instituições era definida levando em consideração vários fatores: o ambiente tranquilo do campo acalmava as pessoas mentalmente adoecidas, o preço de compra dos terrenos na área rural era baixo e a distância do local, efetivamente protegia a sociedade dos indivíduos ali internados, tanto física como emocionalmente. Todavia, em razão da distância desses lugares, a equipe de profissionais precisava viver em locais próximos e as instituições tinham que prover alimentação, aquecimento e outras necessidades. Graças a essa realidade, surgiu uma nova espécie de comunidade auto-suficiente, onde os pacientes mais capazes trabalhavam na fazenda, na cozinha, na lavanderia, na casa de máquinas e nas alas e terrenos adjacentes. Esse modelo de sistema de hospital público auto-suficiente, para o atendimento à saúde mental, com todas as suas vantagens e desvantagens poderia muito bem ter continuado, não fossem as levas de imigrantes chegadas aos Estados Unidos em meados do século XIX, o que gerou um aumento nas cidades, de modo que os hospitais mentais públicos não eram mais tão remotos geograficamente. Além disso, e talvez ainda mais importante, o sistema confrontava-se com

números imensos de indivíduos que supostamente necessitavam de atendimento mental (TAYLOR,1992).

Segundo Nunes Filho; Bueno & Nardi (1996), conforme já citado anteriormente, o final do século XIX e todo século XX tiveram o pensamento psiquiátrico dominado por dois indivíduos: Emil Kraepelin e Sigmund Freud. Kraepelin diferenciou com clareza a demência precoce (depois denominada esquizofrenia) da insanidade maníaco-depressiva (transtornos de humor). Freud (1900) descobriu as manifestações do inconsciente, a sexualidade infantil, a importância dos sonhos e, através de numerosos trabalhos, influenciou significativamente a medicina e a psiquiatria.

Com a chegada do século XX (1908), iniciou-se uma nova mudança no sistema hospitalar público para doenças mentais, quando Clifford Beers, um paciente psiquiátrico, que estivera internado várias vezes, publicou seu livro *A Mind That Found Itself* (Uma Mente Que Se Achou Por Si Só). Com seu temperamento vívido e exuberante, o senhor Beers tinha um entusiasmo ilimitado que concentrou na fundação do comitê nacional para a higiene mental. Graças a sua liderança, o movimento difundiu-se pelo mundo inteiro e, pela primeira vez, foi priorizada a prevenção precoce da doença mental. Simultaneamente ao movimento pela higiene mental, vieram as surpreendentes contribuições de Sigmund Freud (1856/1939), os conceitos de psiquiatria dinâmica, os avanços das ciências sociais e a chegada dos psicofármacos. A psiquiatria finalmente deixava as portas abertas dos asilos e participava da atividade humana diária (TAYLOR, 1992).

Em razão da crescente atenção da nação sobre o problema da doença mental, o final da década de 40 e início dos anos 50 presenciaram o desenvolvimento de uma nova assistência a esses pacientes, a qual incluía o diagnóstico familiar, programas de tratamento a curto e longo prazos e terapia orientada para a crise (TAYLOR, 1992). Quase ao mesmo tempo, em vários países como Inglaterra e Estados Unidos, métodos novos de tratamento foram introduzidos nos hospitais públicos psiquiátricos, salientando-se: a comunidade terapêutica através da utilização de técnicas de grupo e auto-regulamento comunitário, e o hospital aberto, onde as portas das unidades não são trancadas, possibilitando aos pacientes moverem-se livremente dentro do hospital e da comunidade. A Clínica Pinel, inaugurada em março de 1960, em Porto Alegre, movimentou o ambiente psiquiátrico com atividades inovadoras: ambientoterapia, socioterapia, grupos operativos, reuniões comunitárias, trabalho em equipe, nova valorização para os assistentes sociais e os psicólogos. Finalmente, inicia-se, no final da década de 60, em Gorizia (Itália), a desinstitucionalização, incentivada por Franco Basaglia, onde a assistência psiquiátrica, que estava centrada nos hospitais, passaria a ser gradativamente substituída por

outras alternativas de tratamento como comunidades terapêuticas, psicoterapias, centros comunitários. No Brasil, em meados de 1970, percebe-se um movimento de críticas contundentes ao governo, em função das políticas de saúde na área de psiquiatria. Essas manifestações tiveram início, quando os profissionais de saúde dessa área e de outros segmentos da sociedade civil denunciaram a violência e o abandono a que estavam submetidos os pacientes e as precárias condições de atendimento que lhes eram proporcionadas nos hospitais psiquiátricos. É nesse momento de instabilidade e grandes questionamentos que surge o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, envolvendo um processo integral de modificação do sistema psiquiátrico vigente, objetivando a desconstrução do universo manicomial e a criação de uma rede de cuidados e de relações com a sociedade, bem diferente dos que vinham se mantendo até então. A proposta da referida Reforma priorizava o ousar, o ir além, o buscar novas possibilidades para um viver mais humano, saudável, visando o resgate da cidadania dos portadores de sofrimento emocional, assim como sua reinserção social.

O Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica (MBRP) desenvolveu-se efetivamente nos anos 80, onde simultaneamente à substituição do antigo modelo asilar, também foi enfatizada a participação da família nos cuidados com o enfermo, os quais eram antes desempenhados pelos serviços de saúde. Essa percepção foi constatada ao observar-se que, muitas vezes, a família do portador de doença mental não possuía orientação, habilidade ou estímulo para contribuir com a recuperação do mesmo, contribuindo dessa forma para o agravamento de sua doença. Na proposta da Reforma, a doença emocional passa a ser entendida, respeitada e tratada de outras maneiras, considerando as singularidades dos sujeitos em enfrentarem seus desafios, suas dificuldades, suas dores. O ser humano passa então a ser visualizado integralmente, não mais só como um corpo físico depositário de doenças e incapacitado ao convívio social.

Segundo Delgado (1987), seria temerário afirmar que os tempos de asilos e manicômios estão superados. Entretanto, no seu entendimento, se essas práticas ainda persistem, pelo menos deixaram de ser meras especulações de alguns setores da psiquiatria brasileira, para tornar-se um objetivo comum, unânime através de documentação oficial acerca da matéria. Nesse sentido, é possível perceber que a mudança do modelo assistencial psiquiátrico reforça a necessidade da desconstrução de internações injustificadas clinicamente, substituídas por um cuidado mais humanizado, que facilite e fortaleça as relações interpessoais.

Atualmente, algumas iniciativas tem procurado desenvolver uma prática mais rica, entusiasmante e criativa em direção à reabilitação dessa clientela, através de outros contextos. É como salientam Silva, Neto e Oliveira (1999), por exemplo, na transformação de hospitais

psiquiátricos em hospitais-dia (instituições de saúde, onde o paciente é recebido, passando a ter assistência durante o dia; desenvolver atividades físicas, musicais, terapias ocupacionais, além de ser atendido individualmente pelos membros de uma equipe multiprofissional de saúde mental da própria instituição). Outras inovações envolvem a criação dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS-NAPS), que se constituem certamente nas respostas mais efetivas, criativas e avançadas de que hoje dispomos como apoio terapêutico nesse setor. Um outro elemento objetivo, que assinalou a sorte do processo em desenvolvimento, foi a municipalização das ações de saúde. A descentralização do poder e a transferência de responsabilidade aos municípios constituem, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), estratégias fundamentais para a obtenção da saúde por parte da população mais necessitada e mais exposta (SILVA; NETO; OLIVEIRA, 1999).

Progressivamente, pode-se perceber que a psiquiatria moderna busca não somente melhorar e esvaziar os hospitais psiquiátricos mas, principalmente, que seja lançado um olhar sobre o ser humano direcionado, para o seu todo, para sua integralidade. E que aqueles indivíduos portadores de sofrimento emocional não sejam mais tratados como fenômenos individuais, desconsiderando todos os demais segmentos que os envolvem! Cabe salientar, portanto, que um movimento em saúde mental no Brasil, identificado como movimento de luta antimanicomial, como movimento pela reforma psiquiátrica, ou de novas alternativas à psiquiatria, e assim por diante, com suas propostas revolucionárias ou utópicas em alguns momentos, pragmáticas e normativas em outras, cumpre um importante e único papel no campo das transformações em saúde mental: construir novas propostas e possibilidades de mudanças. Sendo assim, percebe-se que a mudança na assistência psiquiátrica vigente vem transformando-se em uma exigência única, de necessidade ética, envolvendo todos os participantes do processo saúde-doença mental, ou seja, os profissionais, os usuários e a sociedade. Também reconhecemos o quanto essas mudanças são difíceis de serem aceitas e implantadas, pois exigem mais compromisso, responsabilidade e inclusão e, especialmente, uma mudança de comportamento. Não se trata ainda, de deixar o louco viver a sua loucura, mas de num novo contexto de cidadania. Trata-se de dar-lhe o direito real a um cuidado e não de ser excluído, violentado, discriminado, mas de receber ajuda no seu sofrimento, na sua positividade e na sua possibilidade de ser sujeito.

Segundo Amarante (1994), trata-se de trabalhar efetivamente para que o paciente seja um sujeito de desejos e projeto, em que todas as iniciativas terapêuticas investidas nesse sentido poderiam contribuir com a construção de um novo processo de reformulação assistencial. Para esse autor, as reformas preventivas envolvem uma inversão do modelo

psiquiátrico, voltado principalmente para a cura e a reabilitação, isto é, para a predominância das atividades assistenciais, enquanto as prioridades deveriam ser as de prevenção e promoção da saúde mental. O saber e as práticas psiquiátricas operadas nesse modelo seriam exatamente as mesmas da psiquiatria tradicional, sendo simplesmente adequadas aos novos propósitos.

No pensar de Silva; Neto; Oliveira (1999), a gradativa substituição do modelo hospitalocêntrico, esbarra em dificuldades como a falta de serviços de saúde preparados para tratar a doença mental, bem como a não instrumentalização dos profissionais da saúde para trabalharem num contexto que preconiza a desinstitucionalização da doença mental.

A doença mental é um problema sério demais para ficar restrito aos psiquiatras, ou aos demais técnicos da extensa associação “PSI”, conforme considera Delgado (1987). Para ele, as experiências em curso vêm demonstrando que a transformação institucional, com a formulação de estratégias novas para lidar com o problema da doença mental, não são empreendimentos de caráter apenas técnico ou administrativo; exigem comprometimento, responsabilidade para com a clientela a ser assistida.

Muitas vezes considera-se que a questão não está na ordem do saber psiquiátrico mas, como vimos, na sua operacionalidade de dispô-los corretamente para se alcançar bons resultados preventivos e terapêuticos (AMARANTE, 1994).

Concluindo, podemos considerar que o manicômio ainda é uma realidade. Embora tenhamos avançado consideravelmente nas mudanças que se fazem necessárias ao que poderíamos delinear como o ideal para a saúde mental, ainda há muito a ser construído. A intensificação de estudos e a divulgação de trabalhos científicos na área de saúde mental, as implantações de NAPS, CAPS, os programas de saúde da família (PSFs) direcionados em assistir integralmente as famílias, o aumento no número de hospitais-dia, e outros investimentos que vêm sendo realizados, objetivando intensificar as atividades de prevenção e promoção da saúde mental ainda são insuficientes para a construção de uma sociedade sem manicômios.

2.2 OLHANDO A SAÚDE E A DOENÇA MENTAL

Segundo Peplau (1952), cada pessoa pode ser encarada como uma estrutura biológica-psicológica-espiritual-sociológica única; alguém que não reagirá da mesma forma que o outro. Para a teórica, cada pessoa aprende, de modo diferente, a partir do ambiente diversificado,

usos, costumes e crenças de sua cultura específica. Cada pessoa participa com idéias e com percepções, que são tão importantes nos processos interpessoais.

O *continuum* saúde-doença mental é menos claro que os que definem a doença mental como a média de um grupo, porque a média não é necessariamente sinônimo de saúde. É igualmente perigoso igualar diferenças sociais como doença, como ocorre quando um estilo de vida incomum é considerado doentio, ou quando o comportamento aberrante é tomado como um sinal de anormalidade pessoal. Esses problemas podem ser evitados se reconhecido que saúde/doença e conformismo/desvio são variáveis independentes e assim devem ser consideradas (STUART; LARAIA, 2001).

Embora todos saibam o que significa sentir-se saudável, é impossível definir precisamente tal estado; a saúde é uma experiência subjetiva, algo que pode ser conhecido intuitivamente, mas nunca descrito ou quantificado (CAPRA, 2003).

Para Siqueira (1998), enquanto saúde é uma constante busca de bem-estar, uma necessidade vital para o indivíduo/comunidade, a doença causa falta de harmonia e desconforto, impedindo o pleno desenvolvimento físico-psíquico-sócio-cultural e espiritual.

A saúde é uma experiência de bem-estar resultante de um equilíbrio dinâmico, envolvendo aspectos físicos e psicológicos do organismo, assim como suas interações com o meio ambiente natural e social. Por outro lado, a noção de doença parece ser especialmente aplicável às abordagens que tentam entender os organismos vivos individuais interagindo e comunicando-se mutuamente mediante a sincronização de seus respectivos ritmos em relação ao seu meio ambiente. Ser saudável significa, portanto, estar em sincronia consigo mesmo – física e mentalmente – e também com o mundo circundante. Quando uma pessoa não está em sincronia, o mais provável é que ocorra uma doença (CAPRA, 2003).

Os desequilíbrios desencadeiam estados de tensão conscientes ou inconscientes, que levam o ser humano a buscar a satisfação de suas necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço, podendo vir a ser a causa do desequilíbrio em seu próprio dinamismo. Na visão de Stuart; Laraia (2001), existem indicadores de saúde mental que, quando aplicados, contribuem para a manutenção de um ótimo nível de saúde mental, salientando:

a) atitudes positivas com relação a si mesmo: abrangendo a aceitação e o conhecimento de si mesmo;

b) crescimento, desenvolvimento e auto-realização: o ser humano encontra-se adequadamente em contato consigo mesmo para liberar os recursos que possui; funcionamento intelectual e cognitivo eficaz; capacidade de interação livre e abertamente com o ambiente;

capacidade de compartilhar com outras pessoas situações de conflito e crescer com estas experiências;

c) integração: equilíbrio entre o que é expresso e o que é reprimido, entre conflitos e impulsos internos e externos, e uma regulação de humores e de emoções;

d) autonomia: envolve autodeterminação; implica em responsabilizar o ser humano por seus próprios atos, decisões, pensamentos e emoções, tendo, por conseguinte, que respeitar a autonomia e a liberdade dos outros;

e) percepção da realidade: capacidade do ser humano em readaptar suas percepções à luz de novas informações; este critério inclui a empatia ou a sensibilidade social, um respeito pelos sentimentos e pelas atitudes dos outros;

f) domínio sobre o ambiente: o ser humano é capaz de lidar efetivamente com o mundo, solucionar problemas pessoais e obter satisfação com a vida; é capaz de construir novas amizades e ter um envolvimento gratificante com um grupo social.

Complementando essas reflexões sobre saúde/doença mental, resgato Canguilhem (1982), ao considerar que o ser humano somente concorda que está com saúde “quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas também normativo, capaz de seguir normas de vida”.

Para finalizar, acredito que estas considerações possam minimizar os conflitos da clientela de saúde mental, auxiliando no aperfeiçoamento da assistência, possibilitando uma estrutura básica para uma nova abordagem holística, restaurando e mantendo o equilíbrio dinâmico de indivíduos, famílias e outros grupos sociais em harmonia com o ambiente onde se encontram inseridos.

2.3. A SAÚDE MENTAL NO SISTEMA DE SAÚDE, SOB O OLHAR PREVENTIVISTA

O mundo na enfermagem psiquiátrica dos dias de hoje integra realidades biológicas, psicológicas, sócio-culturais, ambientais e ético-legais da vida em uma rica tapeçaria chamada Prática da Enfermagem Psiquiátrica (Stuart;Laraia,2001).

Essa perspectiva assistencial encontra suporte na teórica Peplau (1952) quando a mesma relata que o profissional de enfermagem, com um *background* educacional, traz sua

contribuição das teorias desenvolvimentais, dos conceitos de adaptações à vida e das reações aos conflitos, bem como um *insight* maior do papel profissional da enfermagem, nos processos. Dessa forma, ela também considera que, à medida que continua a relação paciente-enfermeiro, também cresce a compreensão dos papéis mútuos e dos fatores em torno do problema, até que ambos vejam-se num compartilhar mútuo, de uma forma cooperativa, na busca desse problema.

Embora tenha-se alcançado grande progresso nos últimos 25 anos na enfermagem, nota-se ainda uma discrepância entre a disponibilidade dos conhecimentos existentes e a sua aplicação. É fundamental que esse conhecimento em saúde mental seja direcionado e exercido efetivamente na prática, não servindo apenas de teoria. Os múltiplos recursos utilizados no desempenho mais eficiente da enfermagem só se completam pela presença da enfermeira ao lado do indivíduo, valorizando a assistência em enfermagem e favorecendo o ensino de saúde. Para constituir-se em um elemento terapêutico no cuidado dos clientes, a enfermeira precisa conhecer as pessoas, suas necessidades e suas maneiras de expressá-las. Ela necessita compreender o seu próprio comportamento, o do cliente, dos seus familiares e das pessoas ligadas a ele, assim como o impacto que esse comportamento tem sobre o atendimento ao cliente, ou talvez sobre a evolução de sua doença.

Também Taylor (1992) corrobora com esse pensar, ao relatar que a enfermeira deve ser encorajada a envolver-se emocionalmente com seus clientes, o que implica oferecer o seu tempo e a si mesma, interagindo na resolutividade das dificuldades deles. A capacidade de comunicar-se terapêuticamente com os clientes exige da enfermeira uma atitude de aceitação e isso não é uma conquista fácil; exige tempo, paciência, conhecimento e habilidade. Hoje, o cuidado de enfermagem em saúde mental baseia-se na afirmação de que todo o comportamento humano tem significado e pode, geralmente, ser compreendido e que nenhum comportamento é acidental ou acontece por acaso. Tentar encontrar razões que justifiquem as alterações desse comportamento e examinar as forças que atuam nas situações de conflito, constituem uma abordagem dinâmica e eficaz no atendimento. Essa abordagem consiste na busca dos porquês, que tanto se manifestam na profissional enfermeira como nos clientes.

É importante que a enfermeira aprenda a encarar o cliente como seu semelhante, sendo para ele uma pessoa e não só um profissional. Dessa forma, na medida em que cada enfermeira for considerada como indivíduo, sua própria consideração pessoal para o programa de recuperação e reintegração virá a constituir-se em uma alternativa terapêutica única: ela mesma.

Devemos considerar a realidade de que clientes com problemas físicos, freqüentemente apresentam dificuldades emocionais, embora aqueles com um diagnóstico primário de doença mental possam também ter uma condição física que necessite consideração e atenção, uma vez que a doença mental não oferece imunidade à doença física. Na nossa sociedade, uma doença física é, geralmente, mais aceitável que uma doença emocional, mas ambas podem ser igualmente debilitantes e, de fato, na fase aguda, esta última pode até necessitar de um período maior de recuperação.

As pessoas emocionalmente doentes podem transferir seus problemas emocionais para problemas físicos, os quais são mais aceitos por eles mesmos e pelos outros, e aos quais os profissionais de saúde respondem com mais simpatia e vontade de tratar, reconhecendo e compreendendo necessidades, independentemente do nível ou maneira pelas quais elas se expressam.

A qualidade dessa interação enfermeira-cliente é um elemento importante na determinação das condições emocionais até onde ele será capaz de reformular suas adaptações comportamentais na direção de relacionamentos mais satisfatórios e gratificantes. Segundo Taylor (1992), o relacionamento enfermeira-cliente, na área de saúde mental, centraliza-se nas necessidades emocionais e pessoais do cliente. É fundamental que sempre exista um objetivo terapêutico, para onde a enfermeira dirija suas intervenções. Sendo assim, a enfermeira conseguirá estabelecer uma relação de ajuda-confiança, sensibilizando-se com os sentimentos exteriorizados pelo cliente, proporcionando-lhe uma sensação de bem-estar e a possibilidade de resgatar a sua felicidade. Portanto, essa relação vem se destacando na direção do estabelecimento de uma parceria, onde o vínculo profissional cada vez mais contribui para a recuperação/reintegração do indivíduo à sua coletividade.

Conforme já foi abordado anteriormente, o ser humano vive em contínua busca pelo equilíbrio da saúde. Mesmo que voluntariamente esteja cometendo agressões ao seu organismo ou sofrendo indiretamente as interferências negativas do mundo que o rodeia, percebe-se que o seu desejo fundamental é o de valorização e aperfeiçoamento do seu ser. Sejam quais forem as ideologias sobre esse conceito e as possíveis explicações a esse anseio contínuo do indivíduo, observa-se cada vez mais o crescente interesse em valorizar a saúde, apesar de todas as dificuldades encontradas. Um desses obstáculos centraliza-se na tentativa de definições exatas sobre temas que possibilitam o risco de rotular/discriminar pessoas, atribuindo-lhes conotações pejorativas quanto ao seu modo de comportamento.

Portanto, tentar convencionar uma definição sobre esses temas torna-se uma tarefa difícil, quando se consideram todos os fatores intervenientes e que afetam essas concepções.

As definições mais comumente utilizadas para definir desajustamento emocional fundamentam-se no fato de o indivíduo possuir a sua capacidade de adaptação alterada e não conseguir fazer frente a ela, nem conseguir solucionar seus problemas convenientemente. Já a pessoa sadia seria aquela que desfruta de um equilíbrio bio-psico-sócio-espiritual e, no sentido emocional, seria capaz, ao enfrentar problemas indissolúveis, de exercer a sua capacidade e criatividade de adaptação e ajustamento à vida.

Com essa preocupação, torna-se relevante um espaço para tomar-se consciência sobre como, atualmente, está sendo desenvolvida a questão da saúde mental dentro dos nossos sistemas de saúde. O que se tem constatado, em relação à saúde mental, é que apenas uma pequena parcela de clientes recebe uma prática terapêutica eficiente. Entretanto, observa-se que tratar a doença mental não tem conseguido resolver a questão do sofrimento mental, que abrange grande parte dos indivíduos que procuram ajuda. Os clientes encaram as suas patologias e reagem a elas de forma diferente, por razões que se referem a influências sociais, econômicas, culturais e profissionais, ou até mesmo na forma de conseguir acesso aos serviços de saúde, necessitando de uma grande energia para conseguir superar todas essas questões.

Siqueira (2001) considera que essa energia possa ser fortalecida através do incentivo à criatividade do cliente, assim como sua autoconfiança e valorização de suas qualidades, servindo como suporte para a reconquista da esperança, da alegria e da vontade de viver. Atualmente, os programas assistenciais à saúde mental ainda não propiciam muitas alternativas satisfatórias para o usuário de poder ser escutado e respeitado humanisticamente, incentivando com isso o ciclo saúde-doença, solidificando a dor e o sofrimento do doente, dificultando a sua recuperação e reintegração social.

Para Taylor (1992), os profissionais da área de saúde mental têm como instrumentos de trabalho a fala, o discurso, a escuta; o objeto de trabalho é o indivíduo e suas relações, estabelecendo o conflito presente no dia-a-dia. Como elementos principais desse trabalho, estão a subjetividade, o entendimento e o respeito pelas diferenças, determinando o vínculo das relações interpessoais. Se esse referencial efetivamente for firmado, talvez se consiga estabelecer mudanças significativas nos padrões atuais de assistência, instaurando uma atenção integral à saúde do indivíduo com condições mais dignas e duradouras.

Considero que, com esses fundamentos, exista a possibilidade de surgirem novas terapêuticas em lidar com o sofrimento humano, com a loucura, com as diferenças emocionais, procurando modificar o pensar de uma coletividade que ainda associa esse sofrimento a desrazão, erro, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, esquecendo-se de considerar o potencial criativo de cada um.

2.4 CUIDADO AO SER HUMANO EMOCIONALMENTE ADOECIDO

Cuidar é um ato consciente de amor, ajuda; é educar para a liberdade, auxiliar nas horas em que o sujeito necessita para voltar a caminhar sozinho, é respeitado pela individualidade como ser único e ser do mundo, que tem uma história e que faz a sua história colocando os seus conhecimentos, sua arte a serviço de quem dele necessita (WALDOW, 2001).

De acordo com Peplau (1952), a enfermagem é terapêutica, no sentido de que se trata de uma arte curativa, auxiliando um indivíduo doente ou necessitado de cuidados de saúde.

Para Siqueira (1998):

O homem é um ser que se distingue dos demais em relação a sua natureza, suas características, suas necessidades, suas potencialidades e sua complexidade de estrutura. As potencialidades do indivíduo podem ser desenvolvidas, através da aprendizagem e experiências vividas, podendo, assim, modificar sua conduta, seu comportamento (p. 27).

Para a mesma autora, cada ser humano acumula uma bagagem de experiências ao longo de sua caminhada existencial, e isso faz com que o seu sistema individual se desenvolva de forma diferente e única. Os valores, as percepções, as motivações representam o resultado da interação das características biológicas do indivíduo, com a experiência adquirida e desenvolvida durante a sua vida (SIQUEIRA, 1998).

Segundo Braghirolli (1999), o ser humano vive em sociedade e a maioria interage diariamente com muitas pessoas. Algumas delas são conhecidas há muito tempo (cônjuge, pais, filhos, amigos), outras se conhecem agora. Através dessas interações pode-se encontrar a satisfação de todas ou da maior parte de nossas necessidades. Um momento apenas de reflexão é suficiente para que a gente se dê conta que a própria sobrevivência depende das transações que se estabelecem com os demais. A satisfação das necessidades depende, em última análise, do sucesso maior ou menor, das interações com os outros. Nesse sentido, evoco Siqueira (2001, p. 82), quando afirma:

O ser humano é, eminentemente, social, constrói-se em relação ao outro, expressando seus sentimentos de amor/desafeto, simpatia/aversão, solidariedade/hostilidade; forma a si e a sua história. É esta forma de ser que faz com que cada um tenha necessidade de se sentir estimulado, importante, necessário, com possibilidade de articulações grupais, buscando a sinergia

do todo, revitalizando-se na liderança e solidário nas conquistas, nas incertezas, no sucesso e no insucesso.

Portanto, o processo de interação social começa quando uma pessoa percebe a outra, ou as outras. Dessa forma, as necessidades insatisfeitas levam a sentimentos e reações emocionais. É compreensível que se sinta medo ao encontrar um animal perigoso solto, como também é compreensível sentir tristeza pela morte de um parente querido ou alegria quando uma ambição muito acalentada é satisfeita. Todas essas emoções são comuns à maioria das pessoas em tais circunstâncias. Outras emoções, entretanto, já não são de tão fácil compreensão. Um comportamento que é considerado anormal em uma sociedade pode ser aceitável em outra: pode ocorrer inclusive que, numa mesma sociedade, certas formas de comportamento sejam aceitáveis para uma geração, mas não para as seguintes.

Taylor (1992) salienta a importância de compreendermos que os atributos de personalidade do adulto mentalmente saudável não são suscetíveis à medição precisa, como ocorrem com muitos índices de saúde física. Ao invés disso, são inferidos do comportamento do indivíduo, incluindo o que ele diz sobre si mesmo e sobre os outros. Em geral, o comportamento socialmente aceitável é considerado como indicador de saúde mental; o socialmente inaceitável, diferente, como um sinal de doença mental. Sendo assim, a saúde mental fica relacionada à cultura, no sentido de que o mesmo comportamento aceitável em uma cultura pode ser considerado inaceitável em outra.

A incidência de doenças mentais, atualmente, está em plena ascensão, devido a fatores como pressões econômicas, mudanças nos valores morais, e um aumento nos crimes violentos que resultam e contribuem para um estilo de vida carregado de tensões, em que indivíduos e famílias devem adaptar-se. Segundo Dally/Harrington (1978), toda doença mental e sua sintomatologia desenvolve-se a partir das interações da personalidade da pessoa com uma ou mais tensões. A tensão pode ser “interna”, como resultado de alterações orgânicas e psicológicas no organismo (uremia, alterações endócrinas, carcinoma, problemas vasculares...), ou “externa” (luto, divórcio, desemprego, aposentadoria, doenças na família...). A tensão é tolerada pelo organismo até certo ponto. Além desse ponto, há o perigo de tornar-se insuportável, ocasionando momentânea desorganização de seu funcionamento, pois a pessoa está menos eficiente do que usualmente, não conseguindo utilizar plenamente seus recursos potenciais (CAPLAN, 1980). É importante salientar, no entanto, que os indivíduos diferem muitíssimo, quanto aos fatores desencadeantes de tensão. As suas defesas para manter-se em equilíbrio desenvolvem-se durante as primeiras experiências, repetindo-se sempre que

surgirem situações semelhantes. Sendo assim, aquele agente estressor que pode adoecer um indivíduo, necessariamente pode não atingir outro.

Nos momentos de crise, o ser humano é ainda mais dependente do que de costume de suas relações pessoais, quer possam aumentar o peso de seus problemas ou ajudar ativamente na busca de uma saída satisfatória para suas dificuldades (CAPLAN, 1980).

Esse processo de viver do ser humano, embora particular, insere-o no contexto coletivo e no qual pode reformular e redescobrir o novo, numa eterna construção do seu eu, subjetivo, singular, assim como a busca de uma utopia, do seu meio, um sonhar de algo mais completo, mais perfeito, auxiliando a si e aos outros, numa relação interconectada/integrativa, participativa e de cooperação, para um viver melhor, um ser melhor (SIQUEIRA, 2001, p. 82).

Caplan (1980) refere que o fator essencial que influi na ocorrência de uma crise é um desequilíbrio entre a dificuldade e a importância do problema por um lado, e as possibilidades que um indivíduo possui no momento para resolvê-lo. Dessa forma, ele experimenta sentimentos subjetivos de desconforto, como angústia, medo, culpa ou vergonha, segundo a natureza da situação. Existe uma sensação de impotência e ineficácia perante o problema que parece ser insolúvel. A resistência aos transtornos mentais pode ser aumentada se o indivíduo for ajudado a ampliar seu repertório de habilidades eficazes na resolução de problemas.

Essa ajuda ou, por que não dizer cuidado, pode ser valorizada através de aspectos comportamentais direcionados ao cliente, onde se inclui interesse, respeito, sinceridade. Na visão de Waldow (2001), o cuidado como forma de expressão, de relacionamento com o outro ser e com a coletividade, envolve uma forma de viver plenamente, desconsiderando o cuidar apenas como uma atividade ou tarefa realizada no sentido de tratar uma ferida, aliviar um desconforto ou auxiliar na cura de uma doença. Sendo assim, o cuidar se inicia, ou se expressa, predominantemente de duas formas: como forma de sobrevivência, e também como uma expressão de interesse e carinho.

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado – cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção direto e de desvelo; representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro (Boff, 200, p. 33).

Considero, portanto, que “cuidar humanisticamente” envolva o respeito pelo outro, pelo seu pensar, sentir, julgar, decidir, ter suas próprias atitudes a partir de sua vontade e auto-determinação. Se este vínculo não for mantido, o cuidado ao próximo permanecerá desumano.

Portanto, humanizar não é classificar o outro, é possibilitar que o mesmo seja priorizado e ouvido.

Boff (2001) afirma que o cuidado é tão antigo quanto o universo, considerado como facilitador para a eclosão da inteligência e da amorosidade. O cuidado é gesto amoroso para com a realidade, gesto que protege e traz serenidade e paz. Se a importância do “cuidado” com aqueles que fazem parte de nosso cotidiano for entendida, sem situações de agravo, certamente pode-se perceber o quanto esse mesmo “cuidar” representa de suporte e estímulo para aqueles que passam por momentos de sofrimento, incentivando-os a enfrentarem suas dificuldades de forma ativa, buscando alternativas que não sejam de negação ou fuga, possibilitando maiores chances de se manterem emocionalmente saudáveis.

É para essa clientela que pretendo priorizar minha assistência, contribuindo terapêuticamente através da consulta de enfermagem, na intensificação do cuidado humanizado, na qual o mesmo seja sentido, vivido, exercitado com comprometimento, zelo e sensibilidade para com as limitações do outro. A idéia de promover a saúde mental, em geral, é atraente, pois ela soa como algo otimista e positivo, em consonância com a idéia de auto-ajuda e de ser responsável pela própria saúde. Ela implica em mudar o comportamento e baseia-se em uma abordagem holística para a saúde (STUART; LARAIA, 2001). Essas percepções encontram ressonância no pensar de Cangüillem (1982), quando refere que a vida apresenta polaridade dinâmica, ou seja, trocas constantes com o meio, acompanhadas de adaptação que o autor denomina normatividade, pois, ser saudável é ser normativo e ter a capacidade de resistir à inconstância e à dinâmica do meio. Segundo ele, a doença é uma norma rígida de vida, a qual o indivíduo condiciona-se a viver, necessitando para seu entendimento uma compreensão holística. Sendo assim, pode-se resgatar alguns instrumentos que contribuam para fundamentar essa visão holística humanizada como:

- qualificar a assistência aos clientes na área de saúde mental, intensificando espaços terapêuticos, onde aqueles possam ter a oportunidade de exteriorizarem suas dificuldades, com profissionais capacitados a ouvi-los, compreendê-los e de proporcionar-lhes o acolhimento necessário para que se sintam mais fortalecidos para solucionarem suas dificuldades.

- oferecimento de orientações sobre as formas de tratamento existentes, onde o cliente consiga visualizar possibilidades de melhora, sempre salientando que o mesmo tem liberdade para aceitar ou rejeitar toda ou parte dessa ajuda.

- conscientização e estimulação de familiares no sentido de compreenderem a doença e apoiarem o processo de recuperação, sem estigmatizarem o cliente;

- encaminhamento para grupos de apoio;

- acompanhamento sistemático por médico especialista;
- utilização de terapia medicamentosa, caso seja necessário.

É através dessa possibilidade de ajuda que podemos destacar a consulta de enfermagem como um dos instrumentos que vêm sendo utilizados individualmente, mas também em parceria a processos comunitários que valorizem a promoção da saúde mental, que podem ser associados ao tratamento e à reabilitação das doenças emocionais.

2.5. PROCESSO DE ENFERMAGEM NA VISÃO DE HILDEGARD PEPLAU

A ciência da enfermagem está baseada numa ampla estrutura teórica. O processo de enfermagem é o método através do qual essa estrutura é aplicada à prática de enfermagem. Trata-se, portanto, de uma abordagem deliberativa de solução de problemas, que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, e está voltada à satisfação das necessidades do sistema do cliente/família (Smith; Germain, 1975).

Antes de abordar o tema consulta de enfermagem de forma mais detalhada, considero ser importante esclarecer ao leitor deste estudo, que a consulta de enfermagem, graças a sua sistematização, constitui-se de um procedimento terapêutico onde o processo de enfermagem, independentemente de ser descrito em 1952 por Peplau, possui seu embasamento teórico e, dessa forma, oferece recursos para fundamentar uma investigação científica, como esta que está sendo apresentada. Além disto, a consulta de enfermagem possui uma única legislação que regulamenta o seu exercício, salientando novamente: independente do setor assistencial de enfermagem que venha a ser desenvolvida.

Na visão de Peplau, durante o desenvolvimento do processo de enfermagem, cliente e enfermeiro trabalham juntos e, como conseqüência, ambos adquirem mais reconhecimento do processo e amadurecem graças a ele. Peplau encarava a enfermagem como uma “força de amadurecimento e um instrumento educativo”. Sua crença era a de que a enfermagem constitui uma experiência de aprendizagem do eu, bem como da outra pessoa envolvida na relação interpessoal.

No processo de enfermagem de Peplau, quatro fases seqüenciais foram propostas. Nesse momento, considerando que fundamentei minha prática assistencial nos aspectos teóricos por ela estabelecidos, torna-se oportuno destacar as fases do seu processo, como forma de reforçar a minha escolha:

2.5.1 Primeira Fase – Orientação

Nessa fase inicial, o enfermeiro e o cliente encontram-se como dois estranhos; o cliente ou a família apresenta uma dificuldade e busca uma ajuda profissional; essa dificuldade pode, inicialmente, não ser identificada ou compreendida pelas pessoas envolvidas. Peplau considerava de maior importância o trabalho do profissional enfermeiro em cooperação com o cliente e sua família, analisando a situação, de modo que juntos conseguissem reconhecer, esclarecer e definir as dificuldades existentes. O enfermeiro, de acordo com as partes envolvidas, pode ainda direcionar a família a uma outra fonte de recursos, tais como psicólogo, psiquiatra ou assistente social. Essa inter-relação que vai se estabelecendo gradativamente, proporciona uma diminuição da tensão e da ansiedade, associando-se às necessidades percebidas, bem como ao medo pelo desconhecido. Na fase de identificação, o enfermeiro pode recorrer ao histórico de enfermagem para obter informações mais detalhadas sobre o estado de saúde mental do cliente, bem como da situação problematizada do mesmo, valendo-se da análise do prontuário e da entrevista.

2.5.2 Segunda Fase – Identificação

O cliente reage, seletivamente, às pessoas que conseguem satisfazer às suas necessidades. Cada indivíduo reage de forma diferente nessa etapa. As atitudes iniciais de ambos, cliente e profissional, são fundamentais para a construção de uma relação de trabalho, identificando os problemas e diminuindo a sensação de impotência e desesperança do primeiro. É também no desenvolvimento dessa fase que o cliente começa a ter uma sensação de pertinência, bem como uma capacidade em administrar o seu problema, diminuindo sua sensação de impotência e desesperança.

2.5.3 Terceira Fase – Exploração

Após a fase de identificação, o cliente passa para a fase de exploração, na qual ele passa a reconhecer e obter as vantagens de todos os serviços. Está baseada nos interesses e necessidades do paciente, incentivando-o a sentir-se como elemento integrante do ambiente que lhe está oferecendo ajuda e proporcionando, com isso, uma sensação de controle sobre a situação, em função dos serviços que lhe são oferecidos. O enfermeiro deve motivar o cliente

para que reconheça e explore sensações, pensamentos, emoções e comportamentos, propiciando um clima emocional terapêutico. É importante porém ressaltar que essa atmosfera seja oferecida sem cobranças, que o cliente consiga enfrentar-se, reconhecendo as suas fraquezas, utilizando suas forças, sem que tenha que impô-las sobre os outros e, acima de tudo, que aceite a ajuda dos outros.

2.5.4 Quarta Fase – Solução

Última fase interpessoal referida por Peplau é definida como “solução”. Nela as dificuldades do cliente já teriam sido satisfeitas através dos esforços cooperativos do enfermeiro e do cliente. Ambos necessitam nessa fase, finalizar sua relação terapêutica, dissolvendo os elos estabelecidos; e isso não é uma tarefa fácil! Quando a fase de solução é bem sucedida, o cliente interrompe as ligações com o profissional, evidenciando um equilíbrio emocional mais saudável, visualizando, inclusive, a busca por novos objetivos.

Existem semelhanças fundamentais entre o processo de enfermagem proposto por Hildegard Peplau (1952) e as etapas atualmente observadas, conforme os relatos de Yer; Tapitch; Bernocchi – Losey (1993), para quem o processo de enfermagem consiste de cinco fases seqüenciais e inter-relacionadas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Essas fases integram as funções intelectuais de solução de problemas, num esforço para definir as ações de enfermagem, podendo ser classificadas em três dimensões: propósito, organização e propriedades.

1 – Propósito - oferecer uma estrutura na qual as necessidades individualizadas do cliente, da família e da comunidade possam estar satisfeitas. Se não puder ser atingido o bem-estar, o processo de enfermagem deve colaborar para incentivar uma melhor qualidade de vida do cliente, pelo maior tempo possível.

2 – Organização - como anteriormente mencionado, o processo de enfermagem está organizado em cinco fases identificáveis, descritas como se segue:

Quadro 1 – as cinco fases da organização do processo de enfermagem segundo Peplau (1952).

Histórico ou avaliação	Deve sempre iniciar o processo, pois conduz aos diagnósticos de enfermagem. Suas atividades centralizam-se na coleta das informações referentes ao cliente, a sua família, ao grupo, etc. Os dados são coletados de uma maneira sistemática, valendo-se da entrevista ou do histórico, podendo ainda acrescentar exames físicos, exames laboratoriais e outras fontes.
------------------------	--

Diagnóstico	Nessa fase, os dados coletados são avaliados e interpretados criteriosamente, possibilitando ao enfermeiro identificar e direcionar os cuidados. Os diagnósticos de enfermagem oferecem um método eficiente de comunicação dos problemas do cliente.
Planejamento	Constitui a terceira fase do processo e pode ser descrito como o momento em que serão desenvolvidas as estratégias para prevenir, minimizar ou até mesmo corrigir as dificuldades encontradas na definição dos diagnósticos de enfermagem. Durante essa fase, devem ser consideradas, primeiramente, o estabelecimento de metas e objetivos, derivados dos diagnósticos, com a aceitação do cliente e de sua família. Em um segundo momento, selecionar as ações que serão adequadas para produzir os resultados desejados, delimitando assim o plano de cuidados. O plano de cuidados servirá como um meio de solucionar problemas e de alcançar os objetivos estabelecidos, de maneira ordenada. Pode ser considerado ainda como mais um instrumento de trabalho em relação ao aproveitamento do tempo, oferecendo dados essenciais aos outros profissionais envolvidos na terapêutica do cliente.
Implementação	É considerada como a fase na qual o plano de cuidados é colocado em prática; envolve comunicação do plano a todos os profissionais envolvidos na assistência ao cliente (indivíduos, grupo, família, comunidade...). A implantação inclui também o registro do atendimento ao cliente em documentos adequados, confirmando que o plano de cuidados é executado, e pode ser utilizada como instrumento de avaliação da eficácia do mesmo.
Avaliação	É a última fase do processo, em que é realizada a observação das mudanças comportamentais do cliente, considerando a atuação do profissional enfermeiro; nessa fase ele deverá avaliar o progresso do cliente, acrescentando as alterações que julgar procedentes.

De uma forma geral, o processo de enfermagem auxilia os profissionais a tomarem decisões, bem como a prever e avaliar conseqüências.

3 - Propriedades - O processo de enfermagem apresenta cinco propriedades:

Quadro 2 – as cinco propriedades do processo de enfermagem segundo Peplau (1952).

Intencional	Deve sempre iniciar o processo, pois conduz aos diagnósticos de pelo fato de estar voltado a um objetivo, direcionado a proporcionar cuidados de enfermagem com qualidade, centralizados no cliente.
Sistemático	Por envolver a utilização de uma abordagem organizada para alcançar seu propósito.
Dinâmico	Envolve mudanças contínuas, ininterruptas, focalizando as mudanças das reações dos clientes.
Interativo	Por basear-se nas relações recíprocas que se dão entre enfermeira e o cliente, a família e outros profissionais da saúde. Esse componente assegura a individualização do cuidado do cliente.
Flexibilidade	Considerando que o processo possa ser adaptado à atividade de

	enfermagem em qualquer local ou área de especialização que envolva pessoas, grupos ou comunidades, assim como suas fases podem ser utilizadas de modo seqüencial ou concomitante. O processo de enfermagem é utilizado com mais freqüência de modo seqüencial; a enfermeira pode,entretanto, utilizar mais de uma fase por vez. Por exemplo, ao mesmo tempo que implementa o plano, a enfermeira pode avaliar sua eficácia.
Teórico	O processo de enfermagem tem um embasamento teórico. Ele é elaborado a partir de uma ampla base de conhecimentos que inclui as ciências físicas e biológicas e as humanas, e pode ser aplicado a todos os modelos teóricos da enfermagem.

As fases apresentadas por Peplau são também consideradas seqüenciais e focalizam interações terapêuticas. Ambos os processos utilizam técnicas de soluções de problemas, nas quais colaboram enfermeiro e cliente, com o propósito final de satisfazer as necessidades do mesmo. Ambos partem de uma abordagem geral para a específica; incluem observação, comunicação e registro, como instrumentos básicos utilizados pelo enfermeiro. Existem, porém, diferenças a ressaltar entre o proposto por Peplau e o processo de enfermagem preconizado atualmente, levando em consideração que o livro onde foi relatada sua teoria (*Interpersonal Relations in Nursing*) tenha sido publicado em 1952 e que, atualmente, a enfermagem profissional esteja atuando com metas mais definidas:

- Para Peplau (1952), a função primordial do médico era a de “reconhecer a implicação total do problema central e a espécie de assistência profissional necessária” que traz como conseqüências para ele, a “tarefa de avaliar e diagnosticar o problema urgente”, diferentemente do reconhecimento atual da função, independente, da enfermagem;

- As funções de enfermagem, conforme Peplau (1952), incluíam o esclarecimento da informação que o médico dá ao cliente, bem como a coleta de dados sobre esse cliente, indicando outras áreas problematizadas; atualmente, há enfermeiros profissionais independentes, que podem, ou não, encaminhar o paciente ao médico, dependendo das necessidades do mesmo e que se utilizam do processo de enfermagem como um modo de avaliação da qualidade dos cuidados prestados pela enfermagem, constituindo o seu embasamento legal;

- As variáveis, para Peplau (1952), nas situações da enfermagem, são as necessidades, a frustração, o conflito e a ansiedade; mais adiante declara que essas variáveis precisam ser tratadas de modo a ocorrer o crescimento, à medida que o enfermeiro auxilia no

desenvolvimento saudável de cada personalidade; para a enfermagem atual, variáveis como a dinâmica intrafamiliar, os recursos sócio-econômicos, as considerações pessoais sobre o espaço devem ser levadas em consideração para cada cliente (indivíduo, grupo, família ou comunidade);

- A fase de orientação referida por Peplau (1952) equipara-se ao início da fase de avaliação do processo de enfermagem (coleta de dados), na qual tanto o cliente como a profissional enfermeira aproximam-se como estranhos; juntos, através do reconhecimento, do esclarecimento e da definição dos fatos, interligados à necessidade percebida;

- Peplau afirma que, “durante o período de orientação, o paciente esclarece sua primeira e total impressão sobre seu problema”, ao passo que, no processo de enfermagem, o julgamento do profissional passa a compor o diagnóstico, a partir dos dados coletados; já no processo de enfermagem, a partir do diagnóstico de enfermagem é que as metas serão fixadas, direcionando o plano de cuidados e indicando os recursos adequados. Para Peplau, o cliente, nesse momento, é visto como estando na fase de identificação;

- É na fase de planejamento, dentro do processo, que o enfermeiro planeja a forma como o cliente alcançará as metas, conjuntamente identificadas, procurando motivá-lo, analisando contudo a capacidade que o mesmo apresenta em lidar com seus problemas; para Peplau, esse passo ainda é considerado dentro da fase de identificação;

- Já em ambas as etapas “implementação e exploração”, os planos de prioridades são baseados no interesse e nas necessidades do cliente; a diferença é estabelecida pela fase de exploração ser voltada para a ação do cliente, enquanto a implementação tanto pode ser realizada pelo cliente, como por outras pessoas, incluindo profissionais da saúde ou familiares.

- Na fase de “solução”, Peplau (1952) considera que as outras fases já foram desenvolvidas com sucesso e que as necessidades foram satisfeitas, enquanto o processo de enfermagem considera que, durante a fase de “evolução”, se a situação estiver bem definida, o problema encaminha-se para a direção da resolutividade, mas, caso contrário, torna-se necessária uma nova avaliação para o estabelecimento de novas metas, planejamento, implementação e evolução.

Considero relevante, neste momento, lembrar uma das propriedades do processo de enfermagem descrita por Yer; Tapich; Bernocchi-Losey (1993), denominada flexibilidade, que possibilita o mesmo ser aplicado em qualquer área de especialização. Acompanhando o mesmo referencial, Stuart;Laraia (2001) consideram que o mesmo processo possa, portanto, ser usado de maneira objetiva para diminuir a incidência da doença mental, promovendo a saúde mental.

Com esse pensar, dedico o espaço a seguir a uma reflexão mais minuciosa sobre tão importante prática assistencial, utilizada como recurso direcionado à recuperação e à reabilitação tanto do indivíduo saudável como daquele emocionalmente adoecido.

2.6 CONSULTA DE ENFERMAGEM

Saúde não é a ausência de danos. Saúde é a força de viver com esses danos. Saúde é acolher e amar a vida assim como se apresenta, alegre e trabalhosa, saudável e doentia, limitada e aberta ao ilimitado que virá além da morte. (AUTOR DESCONHECIDO).

Considerando que a consulta de enfermagem constituiu-se em uma realidade terapêutica para a promoção à saúde do indivíduo e conseqüentemente da comunidade, a mesma deve priorizar os vários processos de vulnerabilidade, necessidades e agravos da clientela assistida, e em particular dos diferentes grupos a que pertencem, sempre considerando a sua complexidade, as suas potencialidades e limitações.

Na prática, isso representa não perder de vista a adversidade humana, construída em meio a processos sócio-históricos, planejando a atenção à saúde do indivíduo a partir de uma referência ampla, considerando sempre a dinâmica das relações de classe, gênero, gerações, raças, culturas, sexualidade e as interações com o contexto ambiental em que vive.

Além disso, levando em consideração várias leituras sobre a sistematização da consulta de enfermagem, entendo que a mesma prioriza construir e desenvolver um espaço onde o cliente possa expressar suas dificuldades, identificar e procurar resolvê-las e onde a enfermeira, ao respeitar a singularidade e o entendimento dele mesmo, consiga transformar a prática da consulta em um momento de troca entre ambos.

A seguir, para uma melhor compreensão da temática, apresento a evolução histórica, a conceituação e a sistematização da consulta de enfermagem.

2.6.1 Evolução histórica da consulta de enfermagem no Brasil

A consulta de enfermagem teve seu início já nos primórdios da profissão no Brasil, onde representou a culminação de um processo evolutivo no atendimento individual dos

pacientes, feito através das enfermeiras de saúde pública. O atendimento individual, mais especificamente, foi iniciado no Brasil em 1925, quando as enfermeiras da saúde pública utilizaram um manual elaborado por enfermeiras americanas, no qual estava especificada a prática de entrevista pós-clínica a pacientes com doenças venéreas. O objetivo dessa reprodução assistencial teve como intenção a padronização da prática terapêutica nesse setor (VANZIN, 1986). Nessas entrevistas deveriam ser interpretados o diagnóstico e o tratamento, a importância dos meios de prevenção e disseminação da doença.

Em 1958, uma comissão de peritos de enfermagem da OMS, reunidos em Genebra, introduziu as funções médicas delegadas às enfermeiras de saúde pública. Nesse mesmo ano, Secretaria Estadual de São Paulo (SESP) iniciou o atendimento pelas enfermeiras às gestantes saudáveis, que foi estendido mais tarde às crianças saudáveis. No Recife, em 1958, a consulta de enfermagem foi iniciada através de entrevista pós-clínica nos dispensários de tuberculose, da orientação aos doentes e seus comunicantes.

Durante o segundo Curso de Planejamento de Saúde, do Instituto Presidente Castelo Branco, em 1968, concluiu-se que os atendimentos de enfermagem consistiam em uma das atividades-fins da Unidade Sanitária. A partir daí, surgiu a denominação, até hoje utilizada, como “consulta de enfermagem”. Portanto, a consulta de enfermagem, antes de ser uma função inteiramente nova, na realidade consiste na reunião de várias atividades que se modificaram ao longo do tempo e se expressam, atualmente, em uma só função. Segundo Vanzin (1986), no Rio Grande do Sul, a consulta de enfermagem foi adotada por uma Unidade Sanitária, da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente (SSMA), em 1969, prestando assistência ao cliente tuberculoso e com retorno às consultas subsequentes. Já em 1972, em Porto Alegre (RS), no Hospital Geral, a consulta de enfermagem pode ser considerada como pioneira, uma vez que foi adotada em todas as tarefas ambulatoriais, desde puericultura, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde do trabalhador e saúde do idoso. Conceituação:

É a atenção prestada ao indivíduo, família e comunidade, de modo sistemático e contínuo, realizado pelo profissional enfermeiro com a finalidade de promover a saúde mediante a profilaxia, diagnóstico e tratamento precoce (VANZIN, 1986).

Segundo Horta (1979, p.68), a consulta de enfermagem “Consiste na aplicação do processo de enfermagem; portanto, a assistência profissional prestada ao indivíduo aparentemente saudável ou em tratamento ambulatorial”. Segundo Mandú;Paiva (2004), é possível perceber que não existe um modo único e pré-estabelecido para o desenvolvimento assistencial

na área de saúde mental. Experiências e novas possibilidades devem ser testadas e continuadas, e novas experimentações alimentadas por processos de avaliação e participação crítica dos envolvidos, favorecendo, assim, o conhecimento e o reconhecimento do cliente como agente de sua história individual e social.

A consulta de enfermagem, sendo uma das atividades privativas do enfermeiro, além de beneficiá-lo no seu exercício profissional (Anexo 1) proporciona aos clientes que dela se utilizam uma melhor qualificação das ações e resolutividade de suas dificuldades. Para que esses propósitos sejam alcançados, ela também obedece a determinados critérios para que possa ser realizada com uniformidade e eficiência. A consulta de enfermagem, que também é um processo, um fazer, é realizada observando uma sistematização, contemplando diversas etapas, conforme descrito a seguir.

2.6.2 Sistematização

Para compreender a consulta de enfermagem, não basta somente a sua definição, é necessário analisá-la sob o aspecto da estrutura de uma atividade, de seus atributos. A seguir, descrevo detalhadamente a sistematização da consulta, observando os diversos momentos que a compõem.

A consulta de enfermagem compreende os seguintes momentos: identificação do cliente, aplicação do histórico de enfermagem, identificação dos problemas, análise e estabelecimento de prioridades, elaboração do plano assistencial e registro.

a) Identificação do cliente: nesse momento, são coletados dados como: nome completo, endereço, telefone para contato, local de trabalho, número de dependentes, responsável para contato.

b) Aplicação do histórico de enfermagem: compreende a análise do prontuário e a entrevista. A análise do prontuário tem como finalidade a realização de um estudo inicial, sobre a situação do cliente que passará a ser assistido. Quando o paciente não possuir prontuário por ser a primeira consulta, esse deverá ser aberto nesse momento. A entrevista é o recurso utilizado para a obtenção de dados biográficos necessários para a identificação adequada do cliente como indivíduo, indicando referências sobre o seu estado atual de saúde.

Ao iniciar a entrevista, deverá ser realizada a auto-apresentação da profissional assim como orientado o cliente sobre o objetivo da interação. Se desejar realizar registros durante a consulta, a enfermeira deverá explicar-lhe, inicialmente para que o cliente não se sinta

desconfiado em relação ao seu consultor, estabelecendo a base para um relacionamento de confiança entre ambos.

Um dos objetivos que mais deve ser considerado durante esse momento inicial é o de garantir ao cliente que ele esteja consciente de suas limitações. A partir daí, tentar estabelecer o tempo de duração do problema, que circunstâncias levaram a ele, quem mais está incluído e de que modo profissional-instituição poderão auxiliá-lo.

Outro objetivo importante da entrevista é obter informações sobre dados factuais, como rotina, história de doença anterior, casos de doença mental em familiares próximos (internações, utilização de medicamentos e por quanto tempo, se tiveram oportunidade de receber algum tipo de tratamento), ocupação, composição familiar, nível educacional, dentre outros. De posse desses dados, é possível estabelecer um elo entre a dificuldade apresentada e a real vivência do entrevistado.

c) Identificação dos problemas: durante a consulta, o enfermeiro deve tentar motivar o cliente a exteriorizar as situações que estão lhe causando dor, tristezas, preocupações, ansiedades...

É necessária muita cautela nessa etapa; o cliente não deve sentir-se pressionado ou questionado fortemente, mas sim obter a certeza de que o enfermeiro, naquele momento, encontra-se disponível para ouvi-lo e tentar ajudá-lo.

d) Análise e estabelecimento de prioridades: após a coleta de dados, realiza-se então, a análise da história do cliente, relativa aos acontecimentos passados, presentes e que podem influenciar o seu estado de saúde.

Os dados examinados são observados e agrupados de modo a identificar, comparar e contrastar um dado com outro. Os diagnósticos de enfermagem são uma consequência desses agrupamentos, considerando sempre a sua prioridade.

Mais especificamente, o diagnóstico de enfermagem abrange o estudo de cada problema em extensão e profundidade, com a colaboração do cliente e familiares; ele é também a escolha ou ajuda dada ao cliente para escolher os métodos eficazes para satisfazer essas necessidades. Esse diagnóstico conduz diretamente ao planejamento das ações do enfermeiro, com caráter preventivo; portanto, qualquer mudança no diagnóstico produzirá uma alteração no plano de intervenção de enfermagem.

e) Elaboração do plano assistencial: deve ser baseado no levantamento de dados e na identificação dos problemas, visando planejar, implementar e avaliar o cuidado necessário direcionado ao cliente. Nesse momento do planejamento, deve-se considerar os seguintes aspectos:

- Quanto às necessidades consideradas prioritárias: deve-se procurar avaliar inicialmente as dificuldades referentes à sobrevivência e à segurança; a seguir, focar os problemas e necessidades reais para as quais o cliente e sua família estão solicitando ajuda; depois, considerar as dificuldades não reconhecidas pelo cliente/família; e, finalmente, abordar as necessidades potenciais para os quais eles possam solicitar ajuda para uma solução futura.

- Quanto às metas que são almeçadas: os objetivos programados devem envolver as alterações que são esperadas no comportamento do cliente e, conseqüentemente, da abordagem e da assistência profissional. É imprescindível a determinação desses objetivos durante a consulta, para que se possa avaliar a eficácia da intervenção.

- Quanto à seleção das ações de enfermagem para concretizar os objetivos: refere-se à determinação das ações de enfermagem que produzirão maior eficácia e retorno para o cliente. Deve-se, aqui, considerar também a avaliação periódica (reuniões com demais profissionais da equipe de trabalho) dessas ações, para serem modificadas ou readaptadas, caso não se consiga atingir os objetivos propostos na terapêutica.

- Registro das ações da enfermagem: são essenciais para garantir a segurança, tanto do cliente como do profissional, possibilitando ainda a continuidade da assistência, quando da necessidade de atuação de outro profissional. É necessário que cada profissional/equipe identifique-se com os modelos a serem utilizados para registro, de forma clara, prática e objetiva.

Como processo de trabalho, a consulta de enfermagem, conforme Anexo 1 e, independentemente da sua área de atuação (saúde mental, ginecologia, puericultura, cirurgia, obstetrícia, gerontologia, traumatologia etc), observa a mesma estrutura e pode ser aplicada na prática, envolvendo distintos momentos, conforme descrito acima. Dessa forma, a consulta de enfermagem com clientes emocionalmente adoecidos também contempla a mesma sistematização das demais áreas.

Objetivando proporcionar ao leitor desta pesquisa um melhor entendimento sobre a consulta de enfermagem como um processo de trabalho, demonstro, no quadro a seguir, as similaridades existentes entre ambos, contemplando e justificando, desta forma, o título deste estudo.

Quadro 3 - Relação processo de enfermagem/ Peplau X consulta de enfermagem

FASES DO PROCESSO DE ENFERMAGEM	ETAPAS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM
Orientação: apresentação entre profissional e cliente/família e identificação de dificuldades	Identificação do cliente

Identificação: cliente começa a progredir, gradativamente, passando a sentir-se capaz de lidar c/suas dificuldades	Histórico: antecedentes familiares e pessoais
Exploração: passa a sentir-se responsável, autoconfiante, explorando novas fontes de energia para novos desafios	Identificação de dificuldades, análise e estabelecimento de prioridades
Resolução: objetivos alcançados, evidenciando um equilíbrio mais saudável	Elaboração do plano assistencial; registro das ações de enfermagem

2.7. CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

A enfermagem em saúde mental, ao valer-se da consulta, constitui-se numa alternativa terapêutica, pois prevê uma assistência fundamentada em conhecimento científico, que busca qualidade de vida e, conseqüentemente, propicia um ambiente de cuidado, incentivando a mudança de atitudes e comportamentos do cliente. Nessa alternativa terapêutica em saúde mental, o objetivo do profissional enfermeiro é direcionado para o esforço em proporcionar um atendimento integral mais humanizado e digno, o que lhe exige a utilização de um referencial teórico abrangente, uma compreensão especial e um relacionamento terapêutico estreito com seus clientes.

A eficácia no cuidado de enfermagem depende da compreensão do comportamento e das atitudes do cliente e de suas alterações; torna-se necessário que o enfermeiro encare o mesmo como seu semelhante, compreendendo-o como pessoa e como profissional. A capacidade de escutar com empatia é um outro fator relevante na saúde mental. Essa proximidade encoraja o cliente a pensar sobre suas dificuldades e a procurar encontrar uma decisão prática, ajudando-o a descarregar a ansiedade e a tensão, onde concordo novamente com o pensar de Peplau (1952): “O enfermeiro possui uma ferramenta singular que pode ter mais influência sobre os clientes do que qualquer medicamento ou terapia: ele mesmo”.

Essa interação pode ser favorecida através do sentimento de humanidade pelo outro, quando o profissional insere-se, sem temor, nas experiências concretas de dor e sofrimento referidos pelos clientes. No pensar de Boff (1999), trata-se de sair de seu próprio círculo e entrar no mundo do outro enquanto sujeito, para sofrer com ele, alegrar-se com ele, caminhar junto com ele, solidarizar-se, ou seja, é a capacidade de compartilhar a paixão do outro e com o outro.

Mesmo considerando todos esses aspectos, não se poderá deixar de considerar, durante o transcorrer da consulta de enfermagem em saúde mental, a influência exercida pelas crenças e pelos sentimentos, tanto do cliente como do profissional e o envolvimento dos mesmos sobre o comportamento do indivíduo.

Para possibilitar o êxito do cuidado na consulta de enfermagem, sem agredir a filosofia de vida de cada indivíduo, algumas diretrizes básicas devem ser observadas pelos profissionais de enfermagem dessa área, norteando a sua atuação e merecendo nesse espaço a minha atenção:

- o cliente deve ser considerado como um ser holístico;
- os recursos e qualidades do cliente devem ser valorizadas, ao invés de suas fraquezas e limitações;
- o cliente deve ser aceito como um ser humano único, que tem valor e dignidade, exatamente pelo que é;
- o potencial exercido pelo enfermeiro em estabelecer um relacionamento com a maioria dos clientes será priorizado;
- o comportamento do cliente, em busca de carências que pretende satisfazer terá que ser explorado;
- o comportamento do cliente de forma não crítica, ajudando-o a reconhecer e utilizar soluções mais efetivas será considerado.

No entanto, cabe salientar que, por diversas razões, as instituições de saúde não estão conseguindo legitimar essas diretrizes em sua prática, distanciando-se da promoção de um tipo de assistência mais solidária e comprometida com os portadores de doenças mentais. Entre essas razões, considero que a falta de instrumentalização dos profissionais da área de saúde mental contribua significativamente para essa realidade, na qual o conservadorismo de formulações teórico-práticas ultrapassadas contribui para a desconstrução de novas condutas terapêuticas.

Segundo Botti (2004), investir na reabilitação do indivíduo é uma exigência ética. Isso quer dizer que, depois de anos tratando a questão da loucura através do circuito “crise-contenção-internação”, produzindo exclusão, cronificação e consolidando uma ruptura dos laços familiares, sociais e de trabalho, torna-se necessário um movimento de superação desses antigos paradigmas.

Por outro lado, se realmente se acredita em uma nova realidade, não pode restringir-se somente no investimento de atividades curativas. A prevenção das doenças mentais e das perturbações emocionais também merecem maior atenção, em que uma abordagem paralela

contribuiria para a descronificação das mesmas, além de possibilitar a redução de suas ocorrências. Sendo assim, poder-se-ia também investir nos níveis de prevenção, sugeridos por Stuart;Laraia (2001):

- prevenção primária: diz respeito a baixar a incidência de um transtorno mental ou reduzir a taxa de desenvolvimento de novos casos de um transtorno;

- a prevenção secundária: envolve reduzir a prevalência de um transtorno mental, reduzindo o número de casos existentes; as atividades de prevenção secundária incluem a identificação precoce dos casos, o rastreamento e o tratamento imediato e eficaz;

- as atividades de prevenção terciária destinam-se a reduzir a gravidade de um transtorno mental e as deficiências associadas, por meio de atividades de reabilitação.

Conforme referenciei anteriormente, a consulta de enfermagem pode ser utilizada tanto na promoção da saúde mental como contribuir com a prevenção da doença mental, mais especificamente a nível primário, onde teria um maior campo de abrangência e de resultados eficazes. Cabe salientar, no entanto, que as atividades em nível de prevenção primária podem ser desenvolvidas por intermédio da consulta de enfermagem, mas também graças à iniciativa de profissionais que valorizem não só a parte curativa dos transtornos mentais (prevenção secundária e terciária), mas que se dediquem a tentar reduzir a taxa de novos casos de um distúrbio mental numa população durante certo período, neutralizando as circunstâncias perniciosas antes que elas tenham oportunidade de causar a doença (CAPLAN, 1980). A prevenção primária não procura impedir que uma pessoa específica adoça. Pelo contrário, procura reduzir o risco em toda a população, de modo que, embora alguns possam adoecer, seu número seja reduzido (CAPLAN, 1980).

Stuart;Laraia (2001) afirmam que as atitudes de prevenção primária no cuidado psiquiátrico possuem duas metas básicas: ajudar as pessoas a evitar os agentes estressores ou enfrentá-los de um modo mais adaptado, e contribuir para a modificação de recursos, políticas ou agentes do ambiente, de modo que não mais causem estresse, mas que melhorem o desempenho dos indivíduos.

3. METODOLOGIA

É claro, não considero um homem de ciência aquele que sabe manejar instrumentos e métodos julgados científicos. Penso naqueles cujo espírito se revela verdadeiramente científico (EINSTEIN, 1981).

Com a finalidade de propiciar uma leitura mais compreensível e agradável sobre a trajetória metodológica observada neste estudo e que a seguir apresento, traço os seguintes passos: inicialmente abordo as características da pesquisa; a seguir apresento as especificações sobre o local onde o estudo foi desenvolvido; posteriormente, descrevo o método da coleta de dados; depois a análise; e, por fim a interpretação.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo aqui apresentado caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, do tipo descritivo-exploratório, utilizando a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados. Polit;Hungler (1995) descrevem a pesquisa qualitativa como holística (preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle impostos ao pesquisador). Esse tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores (POLIT; HUNGLER, 1995).

Conforme Minayo (1998), a pesquisa qualitativa busca incorporar o significado e a intencionalidade referentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, envolvendo sua transformação, como construções humanas significativas. Portanto, a pesquisa qualitativa trabalha com os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Uma realidade vista dessa forma, não é quantificável, pois abrange o significado das relações, dos processos e das ações humanas (MINAYO, 2002).

Os estudos descritivos permitem que o pesquisador inicie sua investigação a partir de um pressuposto e, dessa forma, pode aprofundar seus estudos nos limites de uma realidade específica, buscando antecedentes e maior conhecimento, com o fim de conseguir encontrar os

elementos necessários para obter os resultados que deseja junto à clientela selecionada para o estudo. As pesquisas descritivas envolvem um conhecimento detalhado sobre o que se deseja pesquisar, objetivando, dessa forma, descrever “com exatidão” os fatos e os fenômenos de determinada realidade (TRIVINOS,1992).

Em atenção ao que preconiza a resolução 196/96, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande através do processo NR.029/2006, garantindo aos participantes deste estudo o caráter confidencial, bem como o acesso aos dados e a liberdade para desistir do estudo, caso julgassem necessário, sem prejuízo pessoal.

3.2. OPÇÃO PELO LOCAL E CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Inicialmente, foi solicitado, por escrito (Apêndice1), ao Diretor Presidente da Policlínica Rio Grande Ltda., autorização para a realização do estudo. A Policlínica Rio Grande Ltda., fundada em outubro de 1984, tem como objetivo a prestação ambulatorial de serviços médicos, odontológicos, de enfermagem, de atendimento à convênios, participação em planos de saúde (Lei 9656/98) e outras atividades compatíveis com a área de saúde. Atualmente, conforme dados obtidos na Instituição, a clínica conta, em seu quadro funcional, com cerca de 44 funcionários, atendendo em torno de 6800 consultas/mês, sendo que cerca de 8% envolvem consultas na área de saúde mental (POLICLÍNICA RIO GRANDE, 2005).

A Policlínica oferece assistência diurna, de segunda a sexta-feira, obedecendo agendamento prévio, nas clínicas: médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica, dermatológica, cardiológica e neurológica, além de atendimentos de enfermagem e odontológicos. Os plantões de final de semana, bem como após as 20 horas, semanalmente, envolvem a clínica médica, de enfermagem e odontológica.

Possui ainda um serviço de saúde mental, constituído por um psiquiatra, uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira, inaugurado em março de 2002, proporcionando aos seus clientes uma assistência mais complexa, priorizando a prevenção e a redução da doença mental, o número de reconsultas, as recaídas e o agravamento das patologias já diagnosticadas. Desenvolve suas atividades de forma inter-relacionada, possibilitando um melhor controle sobre a evolução terapêutica dos clientes desse serviço. Cabe salientar, no entanto, que todos os profissionais do corpo clínico da Instituição, possuem autonomia para sugerirem o

encaminhamento de clientes para o serviço de saúde mental, não sendo necessário que exista uma seleção prévia dos mesmos pelo médico psiquiatra.

A Policlínica representa ainda um sistema integrado, formado por subsistemas interdependentes, buscando aprimoramento organizacional e pessoal, investindo diretamente na competência de sua equipe. Os subsistemas compreendem, além das variadas clínicas que atendem à clientela, os diversos serviços de apoio logístico ao desenvolvimento da assistência a ser prestada.

3.3 CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DOS SUJEITOS

A escolha dos sujeitos deste estudo foi constituída pelos clientes da Policlínica Rio Grande Ltda, com base nos seguintes critérios:

- terem freqüentado o serviço de saúde mental, comparecendo às consultas com a enfermeira, no período de março a dezembro de 2003, no mínimo uma vez por mês;
- terem sido encaminhados para as consultas com a enfermeira e que, paralelamente, terem tido acompanhamento terapêutico de médico psiquiatra.

3.4 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

De posse da autorização para a realização da pesquisa, por parte do Presidente da Policlínica, realizei o levantamento do número de clientes que se enquadravam nos critérios determinados para a seleção dos participantes do estudo, através dos dados contidos nos respectivos prontuários. Na mesma oportunidade, anotei o endereço e telefone, possibilitando, assim, a efetivação do convite para aqueles que se enquadravam nos critérios pré-estabelecidos.

Aproximadamente trinta (30) clientes enquadravam-se nos critérios de seleção, o que tornaria a pesquisa muito extensa. Sendo assim, foram selecionados aqueles que tiveram o maior número de consultas com a enfermeira e paralelamente atendiam os requisitos estabelecidos. Os oito clientes que tiveram maior número de consultas com a enfermeira e atendiam os requisitos estabelecidos foram convidados, por contato telefônico, para participar deste estudo. Eles, prontamente, na totalidade, aceitaram participar como sujeitos da pesquisa e consentiram para o agendamento da entrevista.

O local e o horário das entrevistas foram agendados de acordo com a preferência dos entrevistados. Eles optaram pela realização destas, na Policlínica Rio Grande, em horários distintos, de acordo com a disponibilidade de cada um.

3.5. DESCREVENDO A COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, individual e gravada, realizada com os participantes selecionados para o estudo, conforme descrito anteriormente. A coleta de dados desenvolveu-se durante os meses de agosto e setembro de 2005.

Segundo Minayo (1998), a entrevista é considerada como uma conversa entre pesquisador e entrevistados, com propósitos bem definidos, objetivando coletar informações sobre determinado tema. A mesma autora entende a entrevista semi-estruturada como um roteiro que orienta uma conversa, servindo como um guia que visa captar o ponto de vista dos participantes, previsto no objetivo do estudo e, por isso, não deve ser muito extensa. O roteiro requer abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação com os entrevistados.

Para Lüdke e André (1986), a entrevista semi-estruturada desenvolve-se a partir de um roteiro, porém não aplicado rigidamente, permitindo à entrevistadora, realizar adaptações que julgue serem necessárias.

Conforme Polit;Hungler (1995), a entrevista semi-estruturada oferece ao pesquisador certa flexibilidade durante a coleta de informações sobre os sujeitos da pesquisa. Ainda sob o referencial desses autores, esse método tende a ser como uma conversa, na qual os sujeitos contam suas experiências de forma narrativa, sem sofrerem a influência das percepções do entrevistador.

O roteiro da entrevista (Apêndice 2), ou seja, o instrumento de pesquisa, foi elaborado de modo que contemplasse a questão de pesquisa, o objetivo e os pressupostos do estudo, abrangendo questões específicas e permitindo ao participante acrescentar idéias sobre pontos que considerasse importante. O instrumento abrange três grupos de dados:

- dados de identificação: foi importante serem avaliados, considerando que os mesmos fornecem uma melhor compreensão de fatores que possam influenciar no adoecimento emocional do cliente;

- história da doença mental: nesta questão foram investigados os seguintes aspectos: *em relação à família* - considerando a existência de vínculos entre o estado emocional do sujeito com possíveis antecedentes familiares; foram pesquisadas questões relativas à existência de algum familiar com história de doença mental; ainda quanto à história da doença mental, inclui os *antecedentes pessoais*, visando identificar a história pregressa do entrevistado e como era realizado seu acompanhamento terapêutico;

- questões relacionadas com as consultas com a enfermeira: visando analisar se as *contribuições terapêuticas* das consultas com a enfermeira atendiam aos pressupostos delineados pelo estudo.

Antes de iniciar o estudo propriamente dito, realizei um teste piloto, com o roteiro da entrevista, selecionando três participantes que preenchiam os critérios adotados para os demais sujeitos da pesquisa. Os três não manifestaram dificuldades nas questões da entrevista. Desta forma, foi possível constatar que o roteiro era claro e compreensível, podendo ser aplicado sem reformulações.

As entrevistas foram realizadas de forma individual e gravadas em fitas cassete, em que utilizei o instrumento de pesquisa (Apêndice2) elaborado com questões abertas. É importante salientar que os participantes foram previamente questionados sobre a possibilidade de suas entrevistas serem gravadas, com o objetivo de promover a transcrição das mesmas, de forma mais fidedigna. Durante a realização da entrevista, procurei interromper o mínimo possível, manifestando-me apenas quando solicitado pelo entrevistado, para esclarecer alguma pergunta ou para reconduzir a entrevista ao tema proposto.

Para cada sujeito que chegasse na Policlínica para a realização da entrevista, procurei sempre estabelecer um diálogo cordial e empático, com o objetivo de proporcionar ao entrevistado um ambiente descontraído e receptivo. Antes de começar a entrevista, expliquei a cada um o objetivo da pesquisa e a forma de sua realização. Após o seu consentimento, convidei cada participante a assinar, em duas vias, o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 3), ficando uma com a pesquisadora e a outra com o entrevistado. Além disso, solicitei autorização para gravar a entrevista. Com a finalidade de avaliar a verdadeira opinião de cada um sobre o tema, salientei que a entrevista seria aberta, que não precisariam se preocupar com respostas certas ou erradas, mas que cada um se expressasse conforme a sua avaliação.

Para assegurar o anonimato, os participantes foram identificados por pseudônimos, com nomes de flores, conforme a preferência de cada um. Os nomes escolhidos foram:

GIRASSOL, 24 anos, solteira, sem filhos; estudante do curso pré-vestibular; trabalha como secretária em uma organização filantrópica.

CRAVO, 23 anos, solteiro, não tem filhos; Trabalha em dois empregos para complementar sua renda mensal; cursou o segundo grau completo.

ROSA, 20 anos, solteira, sem filhos; filha de pais separados (há três anos), mora com a mãe e uma irmã de 22 anos; atualmente, é estudante do curso pré-vestibular.

BROMÉLIA, 55 anos, separada há três anos (marido alcoólatra e viciado em jogo de cartas), mora sozinha; é mãe de duas filhas e tem uma netinha de dois anos; trabalha em atividades filantrópicas; sua renda fixa é decorrente da pensão judicial; cursou o segundo grau completo.

ORQUÍDEA, 49 anos, casada há 28, tem dois filhos da mesma união: um com 22 anos e outro com 25; cursou a Universidade, sendo graduada em Pedagogia; no momento, está aposentada por motivo de saúde.

LÍRIO, 48 anos, casado há 22; é pai de dois filhos da união e tem um filho adotivo (sobrinho); é funcionário público federal e cursou o primeiro grau completo.

JASMIN, 75 anos, viúva há dez; esteve casada durante 47 anos, tendo cinco filhos da mesma união; quando mais jovem, não teve oportunidade de estudar; atualmente participa de um curso de adultos, à noite, onde está sendo alfabetizada.

ROSA DE SARON, 31anos, casada há 12, sem filhos, o que a entristece muito; foi criada por uma tia desde os 4 anos de idade, uma vez que a mãe, ao ficar viúva, não tinha condições para criar todos os filhos (7); estudou até a primeira série do ensino fundamental e não desenvolve atividades remuneradas.

Ao término de cada entrevista, agradei e enfatizei a relevante participação de cada um, sem a qual não poderia efetivar meu estudo, uma vez que, na ausência de participantes, não poderia ser realizado, pois necessitava das falas, percepções, sugestões ou críticas dos entrevistados. Cabe registrar que vários entrevistados aproveitaram a oportunidade para se manifestarem voluntariamente, e que esses depoimentos enriqueceram, de forma inigualável meu estudo, assim como meu exercício profissional.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e tiveram a duração, em média, de cinquenta minutos. As transcrições foram feitas por uma colaboradora, buscando, com este cuidado, obter a máxima fidedignidade dos dados.

3.6. ANALISANDO OS DADOS

Abra seus braços para a vida e deixe entrar toda a luz que vier. Encha o peito de coragem e não tenha medo da luta, porque sempre fica em nós um pouco de cada fase que passamos. Seja um adolescente nesta hora, seja a criança que brinca e teima. Seja a mulher ou o homem que você construiu, e opte por ser feliz! (Autor Ignorado)

A análise de dados poderia ser considerada um termo genérico a ser usado para designar “tratamento” dos dados, ou seja:

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que possibilitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (BARDIN, 1979, p.42)

Conforme relata Gil (1995), a análise de dados objetiva organizar e resumir os dados, de tal forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto pela pesquisa, enquanto a interpretação objetiva a procura do significado mais amplo das respostas, mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos.

Dentre os vários métodos existentes para a análise de dados, este estudo apoiou-se na análise temática fundamentada em Minayo (1998), que representa o tratamento dos dados em pesquisa qualitativa, buscando a interpretação, o seu significado, possibilitando sua classificação através de categorias que, por sua vez, são constituídas pelo agrupamento de palavras, idéias ou elementos.

Adotei as etapas descritas por essa autora, as quais consistem na pré-análise, na exploração do material e no tratamento dos resultados, e na interpretação. A etapa da pré-análise visou preparar as informações colhidas através das entrevistas e foi realizada observando os seguintes passos: transcrição, na íntegra, das falas de cada um dos entrevistados. Ao término das transcrições, realizei leituras e releituras flutuantes, obtendo contato intenso com o material coletado, com o propósito de inserir-me no conteúdo, familiarizando-me com os registros e, assim, desvelar idéias contidas nas falas dos participantes, capazes de conduzir para possíveis orientações para a análise e interpretação.

Logo após, passei a organizar o material transcrito, de modo a facilitar a visualização individual de cada entrevista, sem perder a visão do todo. Para facilitar a compreensão dos dados, elaborei uma tabela, subdividida de forma que todas as questões da entrevista pudessem ser contempladas, com o propósito de destacar os pontos principais e de maior significação de cada fala.

A seguir, realizei o mapeamento das falas das entrevistas, assinalando, com cores semelhantes, respostas e idéias análogas. Diante dos dados obtidos e assinalados, observei, no material destacado, a presença de todos os aspectos sugeridos no roteiro da entrevista. A seguir, pontuei a representatividade desses dados em relação ao atendimento do objetivo, aos pressupostos e à questão da pesquisa.

Novas leituras tiveram que ser efetuadas, buscando apreender o significado manifesto ou oculto das informações relatadas, levando-me a refletir para realizar as devidas distribuições, necessárias à elaboração dos agrupamentos e à formação das possíveis categorias. Nesta etapa de exploração do material, agrupei palavras, frases semelhantes, para definir os agrupamentos e as categorias que estão descritas na seqüência deste trabalho. Para chegar a este agrupamento, realizei novamente a leitura dos dados obtidos através das entrevistas semi-estruturadas. Desta forma, os agrupamentos e as categorias começaram a ser visualizadas e, assim, surgiram no momento em que ocorreu o cruzamento do conhecimento científico com os dados e as idéias da pesquisadora. No que se refere à etapa relacionada à análise e à interpretação, tornou-se possível confirmar (ou não) os pressupostos, os objetivos e a questão de pesquisa previstas sobre o tema investigado.

Com o propósito de visualizar mais facilmente os dados, eles serão agrupados e apresentados através de quadros.

Os dados coletados em relação à identificação, abrangendo os oito participantes do estudo, envolveram seis participantes do sexo feminino e dois do sexo masculino.

A idade dos entrevistados variou entre 20 e 75 anos.

Quadro 4 – Número de entrevistados conforme sexo e a faixa etária

FAIXA ETÁRIA	20-40 anos	40-60 anos	Acima de 60 anos
Masculino	1	1	-
Feminino	3	2	1

Fonte: Dados de pesquisa

Em relação ao estado civil, três participantes são solteiros, três são casados, um é separado e um é viúvo. Quanto à escolaridade, quatro possuem 2º Grau completo, um possui

Grau Universitário, dois possuem o 1º Grau, enquanto um participante estava sendo alfabetizado.

O número de filhos variou entre cinco e nenhum, sendo que quatro entrevistados não têm filhos, um tem um filho, dois têm três filhos e um tem possui cinco filhos; especificando ainda que, daqueles participantes que possuem filhos, só um tem um filho adotivo; os demais tem filhos da mesma união. Em relação às questões abrangendo estado civil, escolaridade e número de filhos dos entrevistados, os dados revelam que não existe uma tendência expressiva, relacionando-os ao aparecimento de transtornos emocionais. Segundo Stuart/Laraia (2001), estes dados, por eles denominados como socioculturais, só podem ser considerados, quando investigados juntamente com outros fatores de natureza biológica (história genética, estado nutricional, sensibilidade biológica e exposição a toxinas), ou psicológica (inteligência, personalidade, estado de ânimo, motivação, habilidades verbais, experiências pregressas, autocontrole) que, interligados, talvez, justifiquem a prevalência e a manifestação desses transtornos. Estas relações não representaram questões da problemática pesquisada, mas a identificação destes dados foi importante para conseguir estabelecer um diálogo mais empático com o entrevistado.

Considerando a ocupação dos entrevistados, foi possível verificar que dois são estudantes, um é professor, um é funcionário público federal, três desenvolvem atividades domésticas e um é portuário, salientando, portanto, que, no momento das entrevistas, todos os participantes do estudo estavam envolvidos em algum tipo de ocupação, o que, segundo autores como Capra (1982), Branden (1999) entre outros, a falta de trabalho contribui para o aparecimento de doenças emocionais, assim como é importante em relação à reabilitação. Estar ocupado, estar trabalhando pode ter sido um fator auxiliar no estado de melhoria da saúde dos oito entrevistados. Foi constatado também que a remuneração oscila em torno de R\$ 500,00 a R\$ 2.000,00 e ainda que seis, dos oito participantes, não possuem outra fonte de renda e os outros dois desenvolvem atividades extras, acrescentando de R\$ 150,00 a R\$ 500,00 na renda familiar mensal. Neste aspecto, os entrevistados não relataram maiores especificações, embora tenham admitido que a baixa remuneração, apesar de não ser a única fonte de insatisfação, causa angústia, preocupação, descontentamento. Conseqüentemente, esses fatores acabam por afetar e comprometer seu equilíbrio emocional. Taylor (1992) reforça esta análise, quando afirma que as circunstâncias desprestigiadas causam um aumento de tensão na vida do ser humano e, conseqüentemente, contribuem para o aparecimento de transtornos mentais.

No que se refere à história pregressa em relação à saúde mental, envolvendo a família de cada participante, foi observado que, dos oito sujeitos, somente um não possui familiares

com algum tipo de doença emocional, sendo que quatro familiares não necessitaram utilizar medicação durante o tratamento, enquanto os outros quatro necessitaram. Este dado, mostrado no quadro abaixo, permite visualizar o tipo de parentesco existente entre o entrevistado e o familiar com doença emocional.

Quadro 5 – Relação entre a distribuição dos entrevistados e os familiares adoecidos

ENTREVISTADOS	SEXO	FAMILIAR(ES) ADOECIDOS
1	F	mãe-avó-tios maternos (3)
1	M	tio paterno (1)
1	F	mãe-pai-irmãos (2)
1	F	mãe-tias maternas (2)
1	M	pai-irmão-tios paternos (3)
1	F	filha
1	F	mãe
1	F	Sem familiar adoecido
TOTAL = 8		

Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto à história progressiva em relação à saúde mental de cada participante dos oito entrevistados, dois tiveram início da doença na adolescência, entre 11 e 16 anos; dois tiveram-na relacionada à perda de familiares; um, quando saiu da casa dos pais para morar sozinho; um manifestou a doença após a ocorrência de um fenômeno climático (temporal com chuva de granizo); um associado à constatação de patologia incapacitante para sua profissão (câncer) e, por fim, um dos participantes adoeceu por tentar desenvolver várias atividades profissionais simultaneamente. Desses oito, seis procuraram ajuda profissional imediatamente, enquanto dois só aceitaram procurar auxílio algum tempo depois, com o agravamento da doença.

Ao considerar o tipo de ajuda solicitado, verifiquei que, dos oito entrevistados, todos, inicialmente, procuraram o médico psiquiatra que, a seguir, encaminhou para as consultas com a enfermeira. Somente dois participantes foram internados durante o tratamento com o médico.

Em relação ao tempo de tratamento, dos oito, cinco iniciaram o tratamento há três anos, um iniciou o tratamento aos onze anos de idade e um iniciou o tratamento há seis anos; todos eles mantinham-se, até o momento das entrevistas, com acompanhamento médico. Somente um participante fez seu tratamento por apenas um ano e nunca mais foi necessário procurar

ajuda. Atualmente, todos os entrevistados utilizavam medicação, exceto aquele que optou por tratar-se por apenas um ano.

Interpretando as questões referentes à história pregressa em relação à saúde mental, envolvendo tanto a família do entrevistado, como o próprio cliente, os dados coletados confirmaram a pré-disposição familiar na manifestação das doenças emocionais; quanto ao aspecto da utilização de medicação durante e após o tratamento, tanto para familiares como entrevistados, os resultados demonstraram que, dependendo das características individuais de tolerância aos agentes desencadeantes do desequilíbrio emocional, pode tornar-se necessária a utilização de fármacos que atuem para melhorar o estado de saúde geral do indivíduo.

Após iniciarem o tratamento médico, cinco dos oito participantes tiveram recaídas várias vezes: um por duas vezes, um apenas uma vez e um não teve recaída. Através destes dados, pode-se perceber que o fato de terem sofrido algum transtorno mental durante um período de suas vidas, mesmo tratamentos adequados não lhes garantiu imunidade emocional indefinidamente. A estabilidade afetiva possivelmente define-se conforme a qualidade de vida que cada indivíduo passa a adotar.

Quanto à necessidade dos entrevistados em afastarem-se de suas atividades habituais, relacionada com o aparecimento da doença, cinco necessitaram afastar-se, enquanto os outros três, não. Os dados da pesquisa quanto a estas questões, deixam transparecer a gravidade das doenças emocionais não consideradas, não tratadas efetivamente, podendo interferir significativamente nos processos de interação social dos indivíduos acometidos e, inclusive, incapacitá-los de desenvolverem suas atividades laborativas ou sociais, contribuindo para o seu isolamento e para o agravamento da doença diagnosticada.

Nas questões relacionadas às consultas com a enfermeira, o Quadro 6 representa a relação entre os participantes do estudo e o tempo de tratamento com a enfermeira.

Quadro 6 – Relação entre os participantes do estudo e o tempo de tratamento com a enfermeira

ENTREVISTADOS	TEMPO DE TRATAMENTO COM A ENFERMEIRA	TEMPO DE TRATAMENTO
1	2000 - 2005	36 meses (3 anos)
1	Dez.2002 – jun.2003	+/- 6 meses
1	Final de 2002 – set. 2003	+/- 10 meses
1	2003	+/- 12 meses
1	1999 - 2005	72 meses (6 anos)
1	Jun.2003 – mar. 2004	+/- 9 meses

1	Mar. – out. 2003	+/- 6 meses
1	Abr.- nov. 2003	+/- 6 meses

Fonte: Dados da Pesquisa

Constata-se, no Quadro 6, que três sujeitos ficaram em tratamento por seis meses, dois por aproximadamente dez meses; um, por doze meses, um por 36 meses e um por 72 meses. Após o início das consultas com a enfermeira, um dos participantes foi internado em instituição psiquiátrica e um foi internado em hospital geral por três vezes,

Todos os participantes utilizaram medicação durante o tratamento, sendo que dos oito entrevistados, quatro mantinham a medicação até o momento da entrevista, dois ainda utilizavam medicação com dose reduzida e dois utilizaram somente no período de tratamento e se mantinham assim até o momento em que foram entrevistados.

O Quadro 7 apresenta a relação entre os participantes do estudo e os resultados que promoveram **satisfação e progresso** com a consulta de enfermagem.

Quadro 7 – Relação dos participantes do estudo e resultados que promoveram sua satisfação e progresso, através das consultas com a enfermeira.

ENTREVISTADOS	RESULTADOS: SATISFAÇÃO PROGRESSO
2	Melhora da auto-estima e auto-ajuda; motivação para tomar iniciativas
1	Melhora da auto-estima e auto-ajuda
3	Melhora da auto-ajuda; conhecimento da doença
1	Falar sobre seus sentimentos; desabafar
1	Tranquilidade e menos nervosismo

Fonte: Dados da Pesquisa

Ao considerar se as consultas com a enfermeira haviam facilitado ou dificultado o convívio com a família, o trabalho e os amigos, todos os participantes responderam de forma positiva. É possível constatar, através do Quadro 8, a relação entre os participantes do estudo e os resultados obtidos, que houve facilitação do convívio social através das consultas com a enfermeira.

Quadro 8 – Resultados obtidos quanto à facilitação do convívio social através das consultas com a enfermeira

ENTREVISTADOS	RESULTADOS
1	Aumento da motivação para resolver as dificuldades; melhora no convívio social (família, amigos, trabalho)
1	Conhecimento da doença; melhora da auto-estima

	e auto-ajuda
3	Melhora no convívio com todos
1	Valorização da vida; melhora da auto-ajuda; aumento da motivação para resolver as dificuldades
2	Melhora no convívio com todos; expressão dos sentimentos
TOTAL = 8	

Fonte: Dados da pesquisa

As contribuições da consulta de enfermagem junto aos participantes do estudo, apresentadas de forma sintética, podem ser visualizadas, no Quadro 9, conforme segue:

Quadro 9 – Contribuições em destaque da consulta de enfermagem segundo a visão dos participantes

ENTREVISTADOS	CONTRIBUIÇÕES
1	Valorização do tratamento; conhecimento da doença; melhora da auto-estima e auto-ajuda
1	Conhecimento da doença; melhora da auto-ajuda
1	Valorização da vida; melhora da auto-ajuda
1	Valorização da vida e do tratamento; melhora da auto-ajuda; exposição dos sentimentos
1	Valorização da vida; aumento da motivação para resolver dificuldades; melhora da auto-estima
1	Valorização do profissional enfermeiro; exposição dos sentimentos
1	Tranquilidade
1	Exposição dos sentimentos; mais sociabilidade; relacionamento melhor com familiares; tranquilidade
TOTAL = 8	

Fonte: Dados de Pesquisa

Por fim, quanto às sugestões que poderiam contribuir para aprimorar as consultas com a enfermeira, seis dos oito participantes referiram que não teriam nada a acrescentar, enquanto um manifestou interesse em retornar às consultas e um sugeriu que o profissional enfermeiro, ampliasse conhecimentos sobre terapias alternativas (florais, yoga, reiki), como outras formas de apoio às pessoas que necessitam de ajuda emocional.

3.7 - BUSCANDO COMPREENDER OS DADOS

Através deste estudo, propus-me, em específico, identificar quais seriam as contribuições da consulta de enfermagem em saúde mental, envolvendo clientes emocionalmente adoecidos. Para o alcance desta proposta, busquei junto a cada participante do estudo o seu entendimento a respeito do assunto, obtido através de entrevistas semi-estruturadas, realizando o agrupamento das diferentes respostas em categorias. Os dados coletados, ao serem organizados, permitiram visualizar, inicialmente, através do mapeamento realizado e, posteriormente, pelos Quadros 4, 5 e 6, construídos a partir do agrupamento das idéias que mais se salientaram nas falas dos sujeitos em relação à consulta de enfermagem que cada um se manifestou de forma positiva em relação a ela. Ao analisar o material, chegou-se a conclusão de que as diversas falas, continham idéias semelhantes e que as de maior destaque relacionavam-se com duas palavras-chaves, capazes de agrupar, sintetizar e conter grande parte das respostas obtidas com os participantes do estudo: PERCEPÇÃO e QUALIDADE DE VIDA, consideradas neste estudo como categorias. Ao prosseguir na interpretação dos dados da investigação, foi possível também perceber que outras idéias, outros sentimentos e valores foram emergindo e entrelaçando-se com as palavras-chaves e, desta forma salientaram-se os aspectos a respeito da *Valorização da Vida*, da *Motivação*, do *Convívio Social*, do *Auto-Conhecimento*, do *Conhecimento da Doença* e da *Auto-Estima*, que foram analisados e interpretados como elementos complementares e integradores das categorias principais, conforme Quadros 7,8 e 9.

Destaco, no Quadro 10, as categorias e seus elementos complementares e integradores.

Quadro 10 – Categorias e Elementos complementares e integradores

CATEGORIA	ELEMENTOS COMPLEMENTARES E INTEGRADORES
PERCEPÇÃO	Autoconhecimento Conhecimento da doença Auto-estima
QUALIDADE DE VIDA	Valorização da vida Motivação Convívio Social

Fonte: Dados de Pesquisa

Objetivando facilitar o entendimento do leitor, com a categoria percepção pretende-se apresentar o ponto focal para o *auto-conhecimento* do indivíduo emocionalmente adoecido,

procurando abranger o significado mais preciso que ele dá a tudo que acontece no interior de si mesmo e naquilo que os fatores externos refletem, influenciam e fazem perceber-se assim.

Esta categoria, geralmente, representa a maneira original que ele possui de perceber-se a si mesmo, às coisas e aos acontecimentos com os quais se relaciona. Objetiva ainda demonstrar que as reações emocionais e os comportamentos, para este indivíduo, não correspondem à realidade essencial dessas coisas e desses acontecimentos, mas a percepção que ele tem sobre essas coisas e esses fatos. Para ele, o seu real imaginário faz com que perceba sua vida conforme deseja, em que nessa realidade por ele construída, tudo torna-se possível: criar, ter ânimo para superar dificuldades, ter coragem para lutar e vencer. Assim, para esse indivíduo, transitar por entre essas ilusões torna-se muito mais prazeroso do que transportar-se para um cotidiano sem fantasias ou fugas, no qual os fatos seguem paralelamente ao seu lado, sem o seu consentimento. Portanto, é importante que esteja atento a si mesmo, constantemente, pois ao menor descuido pode retornar a adormecer, sonhar, fugir e repetidamente tornar-se suscetível a novos desenganos e sofrimentos.

A categoria percepção aborda, além disso, outros aspectos revelados pelos entrevistados, tais como contribuições da consulta de enfermagem em relação ao auto-conhecimento, ao conhecimento da doença e à auto-estima, que serão descritos posteriormente neste estudo.

A categoria qualidade de vida apresenta as informações reunidas em relação à percepção do indivíduo emocionalmente adoecido sobre sua posição na vida, seus objetivos, suas expectativas e preocupações. Esta categoria também analisa e interpreta os relatos dos entrevistados quanto à conquista da valorização da vida, à importância do seu estado motivacional no seu cotidiano e de que forma o convívio social destes indivíduos em relação ao trabalho, à família e aos amigos foram contemplados pela assistência de enfermagem promovida através da consulta de enfermagem.

A seguir discute-se os dados referentes à categoria da percepção e seus aspectos complementares e integradores. Sucessivamente, a categoria da qualidade de vida e suas configurações.

3.7.1. A percepção

Você pode dizer que sou um sonhador, mas não estou sozinho nisso. Espero que um dia você se junte a nós, e o mundo será como se fosse um só. (JOHN LENNON).

Já na década de 1970, entendia-se que a percepção se desenvolve juntamente com o pensamento e a memória. Inicialmente, na vida do ser humano, há pouca distinção entre seu eu e seu mundo externo. À medida que ele evolui e amplia suas capacidades e atividades, o retrato mental que faz de si próprio é continuamente modificado. As atitudes e valores emocionais juntam-se a essa imagem de seu corpo e suas várias partes. Assim sendo, a força, o desenvolvimento muscular, a beleza, a inteligência ou a pureza podem ser enaltecidos ou desprezados, conforme os valores adquiridos. Dessa forma, um indivíduo pode vir a valorizar, significativamente, seu desenvolvimento físico e passar todo seu tempo livre fazendo exercícios e cuidando de sua beleza corporal. Para tal homem, uma incapacidade física, por doença ou por acidente, por menor que seja, pode ser catastrófica e resultar em sério distúrbio psíquico. Portanto, tanto os fatores constitucionais, como a aprendizagem estão envolvidos no desenvolvimento da percepção (DALLY; HARRINGTON, 1978).

Atualmente, ao considerarmos o pensar de Chauí (2000), percepção envolve a relação do sujeito com o mundo exterior, e não uma reação físico-fisiológica de um sujeito físico-fisiológico a um conjunto de estímulos externos, nem uma idéia formulada pelo sujeito. A relação dá sentido ao percebido e ao perceber e um não existe sem o outro.

O mundo percebido é qualitativo, significativo, estruturado e estamos nele como sujeitos ativos, isto é, damos às coisas percebidas, novos sentidos e novos valores, pois as coisas fazem parte de nossas vidas e interagimos com o mundo (CHAUÍ, 2000 p. 123).

Os seguintes relatos evidenciam que o comportamento dos sujeitos do estudo possui relações com este referencial:

“É bom conversar com alguém, quando a gente não tá bem, porque a gente não quer ver a verdade e esquece coisas que nos entristecem; só lembra daquilo que é bom lembrar! Mas isso não ajuda em nada; é preciso ter coragem pra procurar ajuda, ouvir e perceber que as coisas podem ser diferentes daquilo que a gente está imaginando que seja!” (GIRASSOL).

“Eu acredito que as conversas com a enfermeira me ajudaram a perceber o que tava me acontecendo, porque antes eu só pensava no que dava errado, me esquecia das outras coisas, das pessoas, (...), ficava muito ruim, não queria acreditar em mais nada, mas acabava sendo pior, porque eu não melhorava,(...), só sofria mais. Foi difícil ver o que me fazia triste, mas depois, aos poucos comecei a querer melhorar! Percebi que não adiantava continuar fugindo da verdade!!!” (BROMÉLIA).

Nesses depoimentos, torna-se possível perceber, inicialmente, as limitações manifestadas pelos entrevistados ao terem que enfrentar realisticamente as situações de dificuldade que se apresentam, considerando que é mais fácil e menos dolorido viver em um mundo imaginário, onde os fatos ocorrem conforme o esperado, com menores sofrimento, decepções, abandonos e perdas.

O indivíduo tem uma grande capacidade de imaginar e realizar grandes feitos. Não somente aqueles que entram para a história, mas também sonhos simples que podem significar a mesma grandiosidade. Entretanto, muitas vezes, é mais fácil acreditar que determinadas situações de felicidade não foram feitas para ele e tentar esconder-se atrás de falsas realidades, do que lutar por um cotidiano mais objetivo, porém com mais possibilidades de proporcionar-lhe alegria em viver.

É possível entender, através dessas falas, que os participantes do estudo adquiriram maior entendimento, através da assistência desenvolvida durante as consultas de enfermagem, de que suas vidas poderiam tornar-se melhores e mais gratificantes, se corressem o risco de tentar reformulá-las, aprimorá-las. Muitas vezes, pelo próprio comprometimento da doença, o indivíduo encontra-se enfraquecido para enfrentar sozinho novos desafios. Sendo assim, o processo perceptivo de sua impotência também possui necessidade de ajuda para reestruturar seus projetos de vida. Os próprios projetos de vida podem representar, para ele, mais uma situação de incapacidade e frustração, porque não os percebe de forma mais transparente, levando-o a um maior desânimo e, em consequência, ao agravamento de seu adoecimento mental.

Por outro lado, também é possível observar nesses relatos que, apesar de toda dificuldade que possa vir a ocorrer, as reabilitações emocionais desses sujeitos só serão fortalecidas através da desacomodação individual, do repensar valores, da ultrapassagem de seus próprios limites, em prol de uma existência mais digna e feliz.

Segundo Siqueira (1998), o indivíduo que objetiva modificar o meio em que vive, necessita desenvolver uma consciência crítica, uma auto-avaliação, porque é somente através dessa, que ele conseguirá refletir, propor e realizar a sua mudança em benefício próprio e de sua coletividade. À medida que cada indivíduo inicia a transformar as situações existentes, o processo de mudança torna-se realidade devido à transformação do próprio indivíduo e do meio que o envolve.

Não podemos esquecer que em toda percepção existe um componente afetivo que contribui para a forma da representação da imagem. Algumas impressões podem ser captadas mais intensamente do que outras, dependendo da atenção, da atitude pensada, do estado de

ânimo e da situação emocional de quem as percebe. É possível compreender que as respostas de cada indivíduo às experiências específicas vivenciadas dependem, em sua grande maioria, de “em que” e “como” está prestando atenção a elas. Assim, certas coisas só existem para ele, se prestar atenção nelas, e de determinada maneira e profundidade, isto é, dependendo da interpretação que dá a essa realidade.

De uma forma geral, considero que estas ponderações contribuam para o entendimento das reações do indivíduo perante as mais diversas situações de adversidade, incluindo as de origem emocional, experimentadas pelo mesmo, durante o seu dia a dia. Certamente, essas dificuldades afetarão a todos de alguma forma; entretanto, se for procurado preencher o tempo com outras atividades mais positivas, que desviem o pensamento por alguns momentos, estar-se-á dificultando que as mesmas tomem conta do pensamento e da rotina. Ao pensar na mesma coisa o tempo inteiro, acreditando na sua indissolubilidade e cronicidade, está-se contribuindo para o agravamento da situação, dificultando a sua resolutividade.

Considero ser possível o entendimento de que a percepção acontece instantaneamente, momento a momento, frente a qualquer situação, como já referido anteriormente, em que tempo para que o indivíduo faça sua escolha para modificar sua realidade é naquele instante. Só assim obterá a possibilidade de crescer, transcender e se reformular para um futuro melhor.

Os relatos abaixo retratam que o aspecto da percepção foi destacado pelos participantes deste estudo, enfatizando investigar as contribuições da consulta de enfermagem em saúde mental, como sendo um dos pontos fundamentais para a recuperação dos indivíduos emocionalmente adoecidos. A percepção com o enfoque da individualidade, na qual cada ser humano vivencia uma mesma situação de forma ímpar e inteiramente particular, reagindo também de modo único e singular, pode ser evidenciada nas falas a seguir:

“Aprendi várias coisas conversando com a enfermeira; pude perceber que só pensar no problema não faz ele se resolver sozinho; a gente tem que mudar também....Sinto que tô me vendo de um jeito diferente, me sentindo melhor e conseguindo ir em frente;(...) mas não é fácil mudar sozinha aquilo que tá dentro da gente por tanto tempo!...A gente tem que procurar a ajuda de alguém que saiba dessas coisas, senão fica mais difícil ainda melhorar!”(ROSA DE SARON).

“Eu acho fundamental o trabalho do enfermeiro, e digamos(...) nesses casos de doença mental, geralmente ele é a pessoa que vai ouvir mais o cliente, orientar, eu acho; então eu penso que ele tem que estar atento a todas as reações, percebendo o que cada um fala, como cada um se sente, se enxerga...pois cada um se vê de um jeito, tem uma cabeça e uma vida diferente. Eu acho o trabalho do enfermeiro muito importante mesmo”(LÍRIO).

“Passei a entender melhor as coisas ruins que estavam me acontecendo; achava que nunca mais ia ter minha vida de volta! Foi muito bom aceitar a ajuda do médico e da senhora. Sei que vou ter que mudar muitas coisas, mas agora eu acredito que pelo menos vou ter força pra querer me ajudar também”(CRAVO).

Para estes sujeitos do estudo, foi possível perceber que, através da consulta de enfermagem, conquistaram a conscientização de que as coisas ao seu redor, para se modificarem, exigem, também, uma mudança interior. A vivência do cotidiano no atendimento aos clientes emocionalmente adoecidos demonstra que os processos de transformação, considerados necessários, na prática, encontram resistência à mudança pelos próprios envolvidos. Segundo Siqueira (1998), eles reagem não à mudança em si, mas temem as suas conseqüências, pois podem lhes causar alguns prejuízos. “Para evitar ao máximo, o desconforto da desconfiança, é importante deixar bem claro os objetivos e os benefícios a serem obtidos com a mudança a ser implantada” (SIQUEIRA, 1998, p. 46).

Estes depoimentos também contemplam o pensar de Silva (2001), ao afirmar que a percepção capacita a entender o próprio mundo e o mundo do cliente, sendo essencial ao profissional enfermeiro para compreender como o paciente se percebe e como percebe o que está acontecendo; e, para conseguir isto, deve-se ouvir o outro com empatia (TAYLOR, 1976) e encarar a consulta de enfermagem não como um simples procedimento técnico, mas como uma grande contribuição no contexto dos relacionamentos interpessoais. Entretanto, construir relações saudáveis e significativas implica que elas possuam algumas características, entre as quais: confiança e respeito mútuo, empatia e aceitação pelo outro. Essas características estão ligadas entre si e influenciam-se mutuamente. Não se pode construir confiança sem respeito e aceitação pelo outro, da mesma forma que não é possível um relacionamento autêntico se não houver empatia, ou seja, ter a capacidade de se colocar no lugar do outro, sem perder o distanciamento necessário para não se confundir com ele.

Sob essa ótica, a forma de comunicação desenvolvida na consulta de enfermagem contempla as características referenciadas na literatura, possuindo grande representatividade na reabilitação do cliente, sendo mais do que simplesmente emissão e recepção de mensagens; ela fortalece o vínculo e maximiza a percepção e a interação entre a enfermeira e o cliente.

Com este pensar, considero que o indivíduo, com seu estado emocional fragilizado, necessite de um suporte profissional, também oferecido pela consulta de enfermagem e, ao conseguir distinguir entre o que é bom para si e para os que o cercam, de conseguir captar o que lhe proporciona situações agradáveis ou de sofrimento, enfim, de perceber e perceber-se,

aumenta seus horizontes de satisfação e realização, conforme revelado nos seguintes depoimentos:

“As consultas com a enfermeira foram o meu apoio; eu nem imagino como teria sido sem ela (...) porque eu preciso muito falar, desabafar com alguém, e com ela eu me sentia muito à vontade”. (BROMÉLIA).

“Eu não conseguia me comunicar com ninguém; não queria pensar em nada; e ela me ajudou a me ligar mais na minha vida e no que eu tava fazendo com ela” (CRAVO).

“Sinceramente, eu acredito que, sem a ajuda da senhora, eu não tinha conseguido superar tudo aquilo”(JASMIM).

Analisando e interpretando estas falas, torna-se possível traduzir a importância, o valor, o reconhecimento quanto à atuação da profissional enfermeira na consulta de enfermagem, interagindo no processo de reconstrução pessoal dos sujeitos deste estudo. Para a maioria deles, falar nem sempre é uma atividade simples. Nestes depoimentos, também foi possível observar o quanto é significativo para eles e para sua recuperação ter alguém para ouvi-los, encorajá-los a reconhecer-se e expressar seus sentimentos. Para eles, muitas vezes, apenas o compartilhar de um sentimento reduz a sua ansiedade, conduzindo-o a reavaliar a situação e sua reação frente a ela.

Peplau (1959) refere que, quando o profissional de enfermagem e o cliente identificam inicialmente determinada dificuldade e começam a focalizar o desenvolvimento da ação terapêutica, eles adotam essa conduta a partir de conhecimentos e experiências diversas e do reconhecimento de singularidades individuais. Cada indivíduo adquire seu aprendizado de forma diferenciada, em função das especificidades de seu ambiente, usos, costumes, crenças e valores de sua cultura. Ele ainda participa com idéias preconcebidas, que influenciam suas percepções. São exatamente essas diferenças de percepção que são tão significativas nos processos interpessoais. Ainda, para a autora, com a continuidade da relação paciente-enfermeiro, aumenta a compreensão dos papéis e dos fatores em torno do problema, até que ambos vejam-se num compartilhar mútuo, de forma cooperativa, na busca da solução do problema identificado. Essa ajuda compartilhada intensifica o cuidado ao cliente, representando o envolvimento afetivo do profissional com o mesmo, através de uma atitude de preocupação e responsabilidade, priorizando não o estabelecimento de uma relação dependente, mas de colaboração, para que o outro possa se encontrar a si mesmo e atingir seu crescimento.

Conforme já descrito anteriormente, é esse cuidar do outro a razão de ser da enfermagem e que se manifesta de inúmeras formas no fazer cotidiano da profissional. Waldow (1999) evidencia que cuidar é um processo interativo entre aspectos técnicos, científicos, morais, humanos e artísticos, e que a convergência entre ciência e arte revela o cuidar como “o modo de ser da enfermagem”.

O auto-conhecimento é capaz de oportunizar um viver melhor e com mais qualidade, porque o reconhecer-se traz, atrelados à compreensão e à possibilidade da exploração dos fatos, os acontecimentos que são capazes de lhe proporcionar satisfação. A satisfação, por sua vez, impulsiona o ser humano a buscar o que é capaz de traduzir-se em mais satisfação. O ser humano, ao conseguir enxergar que nem sempre o seu imaginário condiz com a verdade, encontra uma forma de selecionar os fatos e iniciar a acreditar nas suas forças e possibilidades. É dessa maneira que o auto-conhecimento pode contribuir para sua recuperação e crescimento individual, uma vez que ele pode proporcionar-lhe novos horizontes em prol de uma vida com melhor qualidade. As falas a seguir revelam que a consulta de enfermagem foi capaz de auxiliar no auto-conhecimento dos sujeitos:

“Conversar com a enfermeira foi muito bom! Aos pouco eu fui entendendo melhor o que estava acontecendo à minha volta, e não só aquilo que eu imaginava ser verdade”(CRAVO).

“A gente, às vezes, tem um monte de gente ao nosso lado tentando ajudar, mas ninguém sabe fazer isso como tem que ser feito; só falar não basta, porque não estudou para isso. Então eu achei um apoio aqui na Policlínica, um apoio para mim, e comecei a vir toda a semana conversar com a enfermeira, de vez em quando com o médico, porque assim eu conseguia me abrir, melhorar; talvez com as outras pessoas eu até falasse, mas acho que eu não me sentiria bem como estou agora”(ORQUÍDEA).

“Na verdade, foi conversando com a senhora que eu consegui sair de tudo aquilo, porque consultas com o médico mesmo foram pouquíssimas; dá até pra contar nos dedos e com a senhora foi a maioria. Coitado do doutor era muita gente e ele era um só, mas ele fazia o que podia pra atender todo mundo”(ROSA DE SARON).

“Acabei ficando sozinha, angustiada, muito triste. Foi quando aceitei falar com o médico e a enfermeira também. Demorou um pouco, mas devagarzinho comecei a aceitar que só eu podia mudar a minha vida; que ninguém tinha culpa do que tinha me acontecido e que todo mundo tem seus problemas, mas a gente tem que superar, tem que ser mais forte que a dor”(BROMÉLIA).

“Eu pude conhecer uma vida diferente da que eu vivia; de viver com depressão, sabe? Eu via outro jeito de viver; não era só aquela tristeza assim... o que também me ajudou bastante a abrir caminhos; eu aprendi demais, eu sei que errei bastante, mas hoje eu tô de pé, até agora; até hoje eu tô de pé”(ROSA).

Os depoimentos acima evidenciam a importância para os entrevistados em terem conseguido falar com alguém, desabafarem, expressarem seus sentimentos, até então reprimidos. Além disso, não só o falar foi significativo para eles, também a confiança adquirida em uma profissional, que disponibilizou tempo para ouvi-los, orientá-los, quando necessário, na busca para encontrar alternativas para suas dificuldades. Novamente relembro Peplau (1952), quando salienta que a enfermeira possui uma ferramenta singular, que pode ter mais influência sobre os clientes do que qualquer medicamento ou terapia: ela mesma. E sob o mesmo pensar, Taylor (1992), já referenciada anteriormente, reitera o pensar de Peplau (1952 p.71), ao relatar que a profissional enfermeira:

deve envolver-se, comprometer-se emocionalmente com seus clientes, o que implica oferecer seu tempo e a si mesmo, interagindo na resolutividade de suas dificuldades. A capacidade de comunicar-se terapêuticamente com os clientes, exige da enfermeira uma atitude de aceitação e isso, não é uma conquista fácil; exige tempo, paciência, conhecimento e habilidade.

Segundo o entendimento dos entrevistados, ao se conhecerem mais profundamente, descobrindo e confiando em suas potencialidades, sentem-se mais responsáveis e comprometidos em seu processo de recuperação, percebendo, dessa forma, que sua realidade só será melhor, proporcionalmente ao seu grau de interesse por essa mudança, e que ninguém assumirá esse papel, além dele mesmo. A conquista por coisas belas e agradáveis, que suavizarão seus momentos de aflição, dependerá de como ele se posicionar para alcançar seu bem-estar e o de seus familiares.

Considero que esses momentos de insegurança, aflição, repletos de sensações de abandono e frustrações, possam ser atenuados quando compartilhados com profissionais que possam oferecer apoio, solicitude, tranquilidade. Reforçando que o ser humano, mais especificamente quando está sendo cuidado, é o objetivo maior do trabalho da enfermagem, o compromisso de ouvi-lo, auxiliá-lo a se perceber e tentar compreendê-lo intensificam uma assistência de saúde mais digna e humanizada. Humanizada porque, conforme Boff (2001), a sobrevivência do que é vivo só é possível através do cuidado.

Reafirmando esse raciocínio, Taylor (1992), citada anteriormente, enfatiza que os profissionais da área de saúde mental têm, como instrumentos de trabalho, a fala, o discurso, a escuta; o objeto de trabalho é o indivíduo em suas relações estabelecendo o conflito presente no dia a dia. Como elementos principais deste trabalho estão a subjetividade, o entendimento e o respeito pelas diferenças, determinando o vínculo das relações interpessoais.

Os relatos apresentados anteriormente reforçam o tema que vem sendo desenvolvido nesta investigação sobre as contribuições da consulta de enfermagem como atividade terapêutica, comprometida em compartilhar com o cliente o sofrimento e as dificuldades emocionais, aliando-se à luta em tentar modificar o pensar e o agir de uma coletividade que ainda associa esse sofrimento à desrazão, ao erro, à periculosidade, à irracionalidade e à incapacidade. Esquecem de considerar o potencial criativo e adaptativo de cada um, ao procurar lutar e enfrentar suas dificuldades, conforme suas limitações o permitem; o adoecimento emocional, geralmente, exige um tratamento prolongado e, dessa forma, gradativamente, vai desgastando a iniciativa e a criatividade do indivíduo disposto a acreditar em momentos de melhora e de felicidade.

Peplau (1952) entende que cliente e enfermeira trabalham juntos e, como consequência, ambos adquirem mais conhecimento sobre esse processo e com ele amadurecem. Ela considera a enfermagem como “uma força de amadurecimento e um instrumento educativo”(p. 50). Ela considera, ainda, que a enfermagem constitui uma experiência de aprendizagem do eu, bem como de outra pessoa envolvida na ação interpessoal. Sendo assim, à medida que o profissional orienta o cliente na direção das soluções, durante os encontros, os métodos e princípios utilizados no exercício profissional tornam-se cada vez mais eficientes, fortalecendo o processo de auto-conhecimento do cliente assistido.

Ao conhecer-se melhor, sente-se mais seguro para recomeçar e reconquistar sua individualidade, seu papel social. Paralelamente, consegue perceber que, para o seu estado de saúde se modificar, é importante procurar, o mais breve possível, auxílio para reequilibrar-se, tentando evitar ou reduzir seu sofrimento emocional.

O conhecimento da doença representa mais um dos aspectos importantes para a recuperação do cliente emocionalmente adoecido. Entendo que sofrer signifique padecer, sentir-se atormentado, vivenciar sensações desagradáveis, mas com um aprendizado diferente para cada indivíduo. Segundo Peplau (1952), através da promoção de esclarecimentos e da identificação de necessidades, o cliente consegue direcionar sua energia acumulada pela ansiedade gerada pela insatisfação de suas necessidades, para um tratamento mais construtivo.

Com esta percepção, ao ler e reler as entrevistas dos participantes de minha investigação, visualizei mais um aspecto que se entrelaçava aos demais, sobre as contribuições da consulta de enfermagem em saúde mental e, portanto, considero oportuno referenciá-lo neste momento, uma vez que contempla o pensar e o sentir de metade dos entrevistados deste estudo, como consequência do processo de auto-conhecimento: o conhecimento da doença. Doença, solidão, sentimento ruim que os enfraquece, e vai gerando dúvidas sobre o que aquilo pode representar no cotidiano de cada um deles e o porquê da necessidade de um tratamento especializado, foram reflexões essenciais para a continuidade de meu estudo.

De modo geral, a falta de entendimento e de informações sobre qualquer agravo, e não somente para os portadores de doenças emocionais, são fatores que geralmente desencadeiam angústias e conflitos. Entretanto, para o indivíduo que se encontra em desarmonia com sua capacidade de adaptação e ajustamento à vida comprometida, certamente, encontrará dificuldade maior em fazer frente às suas necessidades e resolver seus problemas adequadamente. Para ele, ansiedades, medos e dúvidas permeiam seu dia a dia quanto à sua reabilitação ou suas restrições: Como será seu futuro? conseguirá retomar o ritmo de sua vida como antes? como se reestruturarão seus relacionamentos? Enfim, vários aspectos o deixam ainda mais frágil.

Sendo assim, toda essa inquietação acaba por interferir negativamente na maneira de pensar, sentir e agir do cliente, interferindo no seu lidar com a doença e comprometendo sua recuperação. Ao entender que o comportamento humano tem significado e pode ser compreendido, a enfermeira, ao buscar as razões que justificam as alterações do comportamento do cliente emocionalmente adoecido, está reforçando, apoiando e direcionando-o a conhecer e entender a sua doença

Os relatos a seguir demonstram essa fragilidade:

“A vontade de voltar a usar todos os dias passou...mas se eu sair numa festa e tomar todas, aí dá vontade de cheirar! Então, hoje, depois do tratamento da senhora e do doutor, eu sei o que eu tenho e que ainda sofro com isso; a diferença é que agora eu sei como me controlar... sei a hora de parar pra não acontecer de novo” (CRAVO).

“Antes de procurar ajuda aqui na Policlínica, foi quando eu falei com o doutor e depois com a senhora, e que me explicou um monte de coisas; eu só tomava os remédio que o médico mandava; mas eu não entendia pra que tomá aquilo, o que eles faziam e até quando aquilo tudo ia acontecer! Essa mania que os médicos têm de não falar o que tá acontecendo, de não ter jeito pra explicar as coisas, deixa o doente mais preocupado; a gente fica muito mal, até pior do que já tava” (JASMIM).

“Não só passei a conhecer melhor a minha doença, mas também entender que existem dias de altos e baixos e que isso também faz parte do dia a dia de todo mundo, e não acontece só comigo; que eu não tenho que me assustar ou me achar diferente dos outros” (LÍRIO).

“Só depois que a senhora conversou comigo direitinho, e me explicou porque eu tinha que tomar remédio, porque tinha que ser naquela hora, porque eu tinha que vir nas consultas que a senhora me marcava, e ir também no médico de vez em quando, é que eu comecei a acreditar que ia ficar tudo como antes, que eu podia melhorar... mas se fizesse tudo certo”(ROSA).

É possível evidenciar nos depoimentos dos entrevistados que o medo do desconhecido, a impotência perante situações que, anteriormente, não haviam sido experimentadas, deixaram-nos mais angustiados e desanimados. Comportamentos, reações e sintomas diferentes também os deixaram mais confusos, incapazes e impotentes. Todas essas falas corroboram com a premissa do quanto o desconhecimento da doença influi no seu agravamento, principalmente através do relato de CRAVO, afirmando que, enquanto ele não entendeu o que estava acontecendo, que o que ele tinha era uma doença, mas para que podia ser tratada, se ele também quisesse, ele só se sentiu cada vez pior, como se realmente estivesse perdendo o juízo, o controle da sua vida. Sob a mesma ótica, ROSA acrescentou que se tivessem conversado mais com ela, desde que ela ficou doente, ela teria se sentido mais tranqüila, teria mais controle nas crises, saberia o que fazer para se ajudar e melhorar mais rápido.

Considero, com base na minha experiência profissional, que não só para estes entrevistados, mas a maioria dos indivíduos portadores de sofrimento emocional, durante o período em que se encontram adoecidos, sentem-se diferentes, desanimados e desesperançosos, além de sentirem-se angustiados e assustados pelo desconhecimento do momento que estão vivendo; sentimentos e sintomas diferentes que os fragilizam e confundem sua realidade.

Reforçando esse pensar, saliento Chauí (1999), ao considerar que a necessidade de conhecer a verdade aparece muito cedo nos seres humanos como desejo de confiar nas coisas e nas pessoas, isto é, de acreditar que as coisas são exatamente tais como são percebidas e o que as pessoas nos dizem é digno de confiança e crédito. Desta forma, vejo que as mudanças são indispensáveis também para a reabilitação de clientes emocionalmente adoecidos; ficam mais fáceis e eficazes, quando o que se passa dentro de cada indivíduo lhe é esclarecido. Esse esclarecimento torna-o mais seguro, mais confiante, encorajando-o a ver a vida de outra maneira, mais suave e promissora, motivando-o a continuar de bem com ela.

O indivíduo, ao sentir-se tranqüilo, seguro de si, pronto para enfrentar de frente as adversidades do dia a dia, sem rodeios, age com responsabilidade, com objetividade e disposição. Provavelmente, todos esses aspectos juntos acabam por promover a elevação da auto-estima desse indivíduo, uma vez que passa a sentir-se mais realizado e competente.

A auto-estima, segundo a ótica de Branden (1999), envolve a credibilidade de cada um em confiar na sua capacidade de pensar, aprender, ter iniciativa própria para tomar decisões adequadas e também de reagir positivamente perante novas situações. Além disso, representa o indivíduo sentir-se capacitado a ter direito ao sucesso e à realização pessoal – a crença de que tem condições para alcançar a felicidade.

Diante destas afirmações, é possível entender que, dependendo do grau de auto-estima, os comportamentos podem ser mais ou menos afetados frente aos desafios que se enfrenta no cotidiano, conforme fica evidenciado nas seguintes falas:

“Hoje me sinto ótima, mais forte! gosto de me cuidar, de me arrumar, me sinto até mais bonita. e...sabe de uma coisa?...até arrumei um namorado!!!!” (ROSA).

“Durante as nossas conversas tudo era bom, eu saía de lá me sentindo em paz, reconfortada ; mas eu também gostava muito quando a senhora me elogiava, falava do meu cabelo, que eu tava mais bonita; eu me sentia mais corajosa, sentia... o máximo!”(JASMIM).

“Agora eu não me importo mais com o que os cochichando. Eu não tô nem aí; pra mim o que vale hoje é eu estar bem comigo mesma, me gostando, me sentindo mais segura de mim; isso é o que vale.” (GIRASSOL).

Estes participantes do estudo admitiram que o sentir-se bem consigo mesmos, o gostar-se, o cuidar-se, foram conquistas essenciais para a reconquista de sua auto-estima. Através destes relatos, torna-se possível entender, mais uma vez, a contribuição da consulta de enfermagem como processo de trabalho, fundamentado no exercício de uma assistência comprometida com o envolvimento, com o respeito e a presença verdadeira ao lado daquele que está sendo cuidado. Além disso, a consulta de enfermagem também poder ser visualizada como um espaço terapêutico, que proporciona a sua clientela tempo para ser ouvida, para expressar seus sentimentos, para obter aconselhamento, na busca do despertar de possibilidades que contribuam com a melhora de seu estado de saúde.

Considero oportuno, neste momento, ao abordar o aspecto da auto-estima e sua influência na vida de cada indivíduo, ressaltar o depoimento de ROSA que, desde muito cedo,

padeceu com seu sofrimento emocional, sem nunca ter pensado em desistir, só questionando-me a cada encontro se teria sua vida de volta, se voltaria a ser como antes, a ser feliz como antes! Estes questionamentos, esta incerteza, cada vez mais me envolviam e me comprometiam com o seu processo de recuperação, me incentivando a seguir em frente, mesmo que muitas vezes, eu também me sentisse impotente em relação ao poder e ao cometimento de um adoecimento tão cruel.

De forma alguma desconsidero os demais relatos, ou lhes atribuo menor significado durante desenvolvimento de minha pesquisa, mas não poderia privar-me de descrever a emoção por mim vivenciada como pesquisadora, ao entrevistar esta participante que, após o término do tratamento com as consultas de enfermagem, me foi possível ouvi-la dizer, de forma radiante, que se sentia novamente viva feliz! E que sonhava em ser médica, para também poder ajudar aqueles que sofrem como ela e, sobretudo, que acreditava que poderia reconstruir uma nova vida e uma nova família, pois agora, até namorado ela já tinha (risos e lágrimas). É muito gratificante cuidar, ajudar, estender a mão a quem precisa.

Neste momento, novamente reforço minhas convicções sobre o potencial terapêutico não só da consulta de enfermagem como alternativa terapêutica mas, acima de tudo, da capacidade da profissional enfermeira em contribuir com um cuidado mais digno e humanizado aos clientes portadores de adoecimento mental. Também utilizo este momento para salientar um dos referenciais de minha grande inspiradora neste estudo: HILDEGARD PEPLAU, ao considerar que “o enfermeiro possui uma ferramenta singular que pode ter mais influência sobre os clientes do que qualquer medicamento ou terapia: ela mesma”. Esta afirmação foi inteiramente comprovada durante o exercício profissional da consulta de enfermagem com clientes emocionalmente adoecidos. Intervir com esta clientela, ajudar a reencontrar o seu rumo, dar apoio e incentivar a conhecer a si e a sua doença não necessita de instrumentos tecnológicos de última geração, mas da presença viva da profissional que se dispõe a interagir com um diálogo verdadeiro, considerando o ser humano nas suas fragilidades, mas ao mesmo tempo sabendo que possui capacidades que poderão auxiliá-lo a erguer-se e seguir o seu caminho com mais satisfação e realização.

Retornando ao aspecto sobre auto-estima, considero que exerça influência direta em todos os segmentos que nos envolvem, sejam eles pessoais, espirituais, sociais, trabalho e lazer. Branden (1999) salienta que “a auto-estima é uma sensação de capacidade para enfrentar os desafios da vida e ser digno de felicidade”. Portanto, sob esta ótica, o indivíduo com sua auto-estima equilibrada, reage com confiança e, geralmente, é bem sucedido em situações de adversidade; sente-se orgulhoso de si mesmo e se responsabiliza pelos próprios atos.

Em contrapartida, aquele indivíduo que possui baixa auto-estima, embora saiba o que fazer para atingir certas metas em determinadas situações, nem sequer tenta, porque se sente incapaz. Diante desse quadro, sentimentos de indignidade, inutilidade e frustração tomam conta de sua mente, gerando mais sofrimento e perda de objetivos em relação às coisas que valorizava. Dentre essas perdas, a considerada mais significativa pelos participantes deste estudo é a da auto-estima, representando o auto-conceito, o auto-respeito, a confiança e a identidade do indivíduo, implicando o sentido de eficiência pessoal e um sentido de auto-valorização pela sua existência.

Os seguintes depoimentos corroboram as argumentações acima descritas:

“Eu me sentia frustrada quando todos os meus colegas de trabalho me olhavam com aquele olhar de pena; não tinha auto-estima que rebatesse aquela indignação. Aí eu não agüentava, não me controlava e ia pro banheiro chorar, me acalmar um pouco”(ORQUÍDEA).

“Quando ninguém confia na gente, dá um a sensação muito ruim; a auto-estima acaba, e a gente fica se sentindo um lixo, um nada como gente!”(LÍRIO).

“Parecia que todos duvidavam da minha capacidade de fazer as coisa, só porque eu andava triste, calado, desanimado. Mas ninguém chegava pra me ajudar; e eu comecei a acreditar que não conseguiria mesmo; foi quando procurei alguém de fora que pudesse me ajudar.”(CRAVO).

É possível constatar, conforme o relato destes sujeitos, que, ao vivenciarem momentos de isolamento e de rejeição, também sentiram-se desacreditados, desvalorizados e inferiorizados, refletindo diretamente no enfraquecimento de sua auto-estima e no enfrentamento de sua doença. Considero que estas falas retratam comportamentos preconceituosos, que negam e acabam por romper antigos laços existentes de cumplicidade, parceria e afetividade entre estes sujeitos, incentivando a promoção da desestruturação emocional dos mesmos, quando se reencontram em novas situações de convivência.

Episódios estigmatizados como esses, geralmente, retardam a reabilitação de indivíduos que heroicamente sonham por dias mais ensolarados e promissores de felicidade, em que possam sentir-se mais honrados, respeitados e dignos como seres sociais.

A auto-estima fortalece, dá energia, incentiva e desperta a motivação; possibilita a capacidade para sentir a vida quando se está de bem com ela, incentivando a crença em sonhar, os desejos e, acima de tudo, para desfrutar os resultados dos esforços empreendidos e das vitórias alcançadas.

Após estas reflexões, considero que o agir com coragem, com esperança e idealismo potencializa as energias na direção de uma qualidade de vida mais plena e saudável, conforme descreverei a seguir.

3.7.2 - A qualidade de vida

A qualidade de vida pode ser entendida como sendo tudo aquilo que diz respeito ao bem-estar do ser humano. Esse bem-estar não abrange apenas o fator saúde/doença, mas, num sentido mais amplo, significa um atributo subjetivo do viver bem. Múltiplos fatores interferem na obtenção e na manutenção do bem-estar e envolvem várias dimensões: física, social, profissional, intelectual, emocional e espiritual. Deve-se considerar, portanto, que esses fatores que influenciam nossa qualidade de vida, também são da responsabilidade de cada um. Os ideais da vida, a situação familiar e cultural, as expectativas em relação ao futuro, o desenvolvimento das possibilidades e potencialidades, os próprios relacionamentos devem receber cuidados especiais para que possam aflorar e produzir os resultados que cada um almeja alcançar. As frustrações, o não alcance do que se almeja podem levar o ser humano, frequentemente, a viver em um constante mal-viver, prejudicando a sua realização, a sua felicidade.

Segundo Cobra (2003), a felicidade, na verdade, está no fato de as pessoas obterem o maior benefício das ocorrências do dia a dia, salientando ao máximo as coisas boas que acontecem e menosprezando as coisas desagradáveis. É incrível como os sucessos e os acertos, até bem maiores do que os erros, pesam tão pouco em nossas emoções no correr do dia, e como os erros e os desacertos pesam tanto, a ponto de as emoções passarem a ter apenas a influência dos insucessos. Sabe-se como a tristeza, o desânimo, a desilusão, afetam o sistema imunológico, diminuindo a resistência, fazendo com que se perca o equilíbrio interno e se tenha maior suscetibilidade às doenças.

Períodos de saúde precária, envolvendo sintomas de menor importância, são estágios normais e naturais que representam o meio de o organismo restabelecer o equilíbrio, mediante a interrupção das atividades normais do indivíduo, forçando-o a uma mudança de ritmo. Por conseguinte, os sintomas associados a essas enfermidades menores, geralmente, desaparecem após alguns dias, seja ou não ministrado qualquer tratamento. As enfermidades mais sérias, exigirão maiores esforços, para que o equilíbrio seja restabelecido, incluindo, geralmente, a ajuda de um médico ou terapeuta, e o resultado dependerá, fundamentalmente, das atitudes mentais e das expectativas do cliente (CAPRA, 1982).

Com este pensar, estabelecendo uma relação com o objetivo proposto neste estudo, considero que a Consulta de Enfermagem em Saúde Mental, seja um instrumento de trabalho mais adequado a ser utilizado junto a esta clientela, oportunizando-lhe uma assistência/cuidado com responsabilidade, interesse e desvelo.

Esses aspectos podem ser evidenciados nas falas de alguns entrevistados:

“Os benefícios que as consultas me trouxeram, né? Auto-estima, qualidade de vida, perseverança, e saber que eu poderei cair, mas que eu sei que poderei levantar como eu sempre fiz ao longo destes três anos” (GIRASSOL).

“Antes eu pensava que muita gente vinha fazer fantasia na minha cabeça, mas depois, conversando contigo nas consultas, só abriu caminhos sabe? Eu passei a me entender melhor e ficar mais tranqüila”(ROSA DE SARON).

Qualidade de vida é principalmente a capacidade para transitar de forma equilibrada pelos desafios do dia a dia. Desafios, sim, porque é assim que se deve ver e enfrentar os chamados problemas: contrariedades e dificuldades a serem contornadas, superadas, resolvidas. É, na verdade, isso que todos querem e ansiam; capacidade para fluir pelo cotidiano de maneira tranqüila, segura e criativa, procurando equilíbrio nas adversidades e assim tornar a vivência mais saudável, mais realizada, mais feliz...

A Consulta de Enfermagem em Saúde Mental, através de sua sistematização, como processo de trabalho, possibilita estabelecer uma relação com o cliente, na qual a ajuda é no sentido da qualidade do outro ser, ou de vir a ser, respeitando-o, compreendendo-o, sensibilizando-o de forma mais afetiva, assim como evidencia a seguinte fala:

“Eu não sabia ler meu nome direito; eu não sabia escrever à mão mesmo, tinha que forçar a caneta e saía tudo disforme, as letras, mas já estou escrevendo melhor. Então, depois da dificuldade, depois do tratamento, mesmo que eu tenha que tomar um remedinho para ficar bem, a vitória veio e ainda está vindo!”(JASMIN).

Não é possível pensar em qualidade de vida se não houver controle sobre o que se pensa, se fala e se faz. Novamente retomo os referenciais de Cobra (2003), ao considerar que pensar é uma coisa, mas viver é completamente diferente: Saber o que é bom para nós, quase todos sabemos; no entanto, só uma minoria faz algo de concreto em favor de uma vida com qualidade melhor, sempre pensando muito e fazendo tão pouco e sem coragem de enfrentar o novo. É importante não esquecer que a qualidade de vida do ser humano, no sentido amplo da

expressão, somente é valorizada quando percebida em suas múltiplas dimensões, como a vida no trabalho, a vida familiar, a vida na sociedade, a vida espiritual...

Qualidade de vida também envolve mudança de comportamento, vivência de valores, crescimento profissional e humano, disciplina e respeito. Como seres sociais, deseja-se aperfeiçoar as limitações objetivando reconstruir a vida particular, como pode ser analisado nos relatos abaixo:

“Gostaria até mesmo de largar o cigarro definitivamente, sabe? Nem de vez em quando fumar; eu quero chegar lá, tanto é que a academia, o esporte, me tirou cinqüenta por cento do que eu fumava. Se eu conseguir largar isso, aí sim fechou todas. E a bebida, eu não bebo muito, só bebo quando saio e eu não tenho saído faz horas; quando saio tô bebendo pouco. Tô me sentindo bem! Tô tri bem na jogada!” (CRAVO).

“Eu tô bem melhor , só que às vezes dou uma decaída, né doutora. Mas a gente tem que lutar contra esses momentos difíceis; a gente tem que procurar ser forte, com certeza” (ROSA DE SARON).

”As atitudes que eu estou tomando, eu não tinha conseguido antes. E isso foi muito bom; me fez muito bem!” (BROMÉLIA).

Os relatos destes entrevistados reforçam a importância da necessidade em mudar hábitos e atitudes em prol de sentimentos que os façam sentir-se mais confiantes e dispostos, tanto física como emocionalmente, ao retomarem seus antigos projetos ou elaborarem novas estratégias para uma vida mais alegre e produtiva. Considero relevante salientar que, embora as opiniões sejam convergentes, CRAVO relatou com grande entusiasmo o quanto se sentiu mais saudável após ter recebido apoio e incentivo da profissional enfermeira para reorganizar-se e aprimorar suas atividades.

Para Boff (2001), qualidade de vida, acima de tudo envolve amabilidade e atenção, cuidado e cooperação, entusiasmo e senso de humor, paixão e lealdade, humildade e vergonha, serenidade e determinação, ética, justiça e muitas outras virtudes que precisam estar presentes na vida do dia a dia. Isso sim é qualidade de vida.

Parece fácil tentar adquirir uma vida com qualidade, quando não se possui dificuldades, entretanto, não se pode desconsiderar as situações de agravo, em que a vida parece não ter mais significado, na qual o abandono, a solidão, os ressentimentos aparecem como parceiros persistentes, negando-se a proporcionar um espaço para mínimas manifestações de bem-estar, felicidade e plenitude. Nesses momentos, se não for buscado apoio, auxílio para vislumbrar outras alternativas de resolução, torna-se impossível acreditar na

felicidade e na vida. Que, para tudo haverá solução. Que sempre haverá um melhor amanhã. Que todo sofrimento serve como amadurecimento...E que, certamente, todas as dificuldades presentes nada mais são do que momentos cotidianos na vida... E que se tem capacidade para superar esses dissabores.

Em relação a estas considerações, uma das participantes assim se expressou:

“Apesar de muitas vezes eu ser discriminada, meu pai dizia que: ‘Tu nunca vai melhorar!’, mas isso, minha mãe nunca achou. Quando a gente morava com meu pai, minha mãe, claro, ela ficava apavorada, não sabia o que fazer comigo; porque, por exemplo, eu passava o dia inteiro deitada; aí eu tomava a medicação; e aí eu passava a tarde toda deitada assistindo televisão; e aí apagava, e começava toda aquela choradeira. Claro, a minha mãe.... (entre lágrimas), coitadinha..... me dava ataques de fúria e, até teve uma vez que eu fiquei uma hora debaixo do chuveiro; eu não atinei a desligar o chuveiro; fiquei debaixo do chuveiro do nada, assim...arriscando a queimar. Aí minha mãe chorava e ela só dizia assim: “Vai passar, não sei como, mas vai passar!” Hoje, eu sei que tudo aquilo passou....” (ROSA).

Ninguém conhece os mistérios da vida, ou seu significado definitivo, mas para aqueles que estão preparados para acreditar em si mesmos e em suas potencialidades, tudo se torna possível, possibilitando o preenchimento de suas existências com momentos especiais de paz e felicidade. Com estas reflexões pode-se considerar que a conquista por uma vida com qualidade depende das escolhas, de ter perseverança em modificar antigos hábitos e comportamentos. Segundo Capra (1982), a ausência de um equilíbrio dinâmico entre os aspectos físicos e psicológicos do organismo e também com o ambiente circundante, possibilita o aparecimento de doenças. Nessas fases transitórias de desequilíbrio, decorrentes não apenas de traumas emocionais pessoais, de ansiedades e frustrações, como também do meio ambiente inseguro criado pelo sistema social e econômico, o ser humano muitas vezes apresenta dificuldades em adaptar-se a mudanças rápidas e profundas; reage negativamente, tornando-se incapaz de se auto-organizar, conforme se pode perceber nas seguintes falas:

“Eu perdi minha mãe e entrei numa tristeza muito grande, uma forte depressão; também tinha o marido que era transferido de um lugar para outro; bebia muito, e eu ficava muito só; eu segurava uma barra de casamento. Tive a minha filha mais velha no Rio de Janeiro, sozinha; a outra eu tive aqui e, a terceira, eu perdi.... Então, tudo isso, é muito difícil, sabe? (BROMÉLIA).

“Eu comecei a me sentir mal, mais, mais... abatida, né. Diferente do que eu era depois que eu perdi o meu marido. E depois de uns anos também perdi meu bisneto!... (lágrimas) (...). Eu fiquei muito triste, muito sozinha mesmo;

podia chegar qualquer um, era como se nada fosse... Eu chorava dia e noite. Agüentei bastante, mas depois não deu mais e eu acabei aqui na Clínica, já faz uns três anos. Eu conversei com o Dr.... e depois ele me passou pra tu, pra fazer as consultas contigo e eu me senti muito bem mesmo; nós conversando,... como foi bom! Tu me ajudou de verdade!” (JASMIN).

“Eu nunca tinha levado nenhum tratamento a sério. Hoje me sinto super bem, ciente das medicações que eu tenho que tomar e daquilo que eu tenho que fazer pra me cuidar; entre elas o acompanhamento com as consultas, mas isso veio depois, com o tempo...” (GIRASSOL).

Para estes participantes do estudo, a dor da perda, a sensação de vazio, a saudade incondicional de pessoas tão significativas em suas vidas, acabou por enfraquecê-los, de tal forma que atitudes de perseverança e iniciativa estavam longe de serem adotadas naqueles momentos. Embora não fosse tarefa fácil, com resultados imediatos e promissores de um futuro mais acalentador, encontrei sustentação teórica que fortalecia, mais uma vez, a atuação da enfermeira como terapeuta em situações de agravo. Este referencial é reforçado através do JASMIN, ao salientar, que mesmo sendo uma trajetória difícil, com momentos de imensa dor e melancolia, gradativamente, conforme o tempo de reestruturação de cada cliente, aos poucos foi sendo possível superar as próprias fraquezas, as dores, reestruturar sua vida e recomeçar.

Após estas considerações, torno a reforçar que a consulta de enfermagem em saúde mental possibilita, aos seus clientes, compartilharem seus momentos de agravo, de modo que possam crescer a partir de seus esforços e potencialidades. Alio-me ao pensar de Waldow (2001 p.102), ao relatar que:

cuidar é um ato consciente de amor, ajuda; é educar para a liberdade, auxiliar nas horas em que o sujeito necessita voltar a caminhar sozinho, é respeitado pela individualidade como ser único e ser do mundo, que tem uma história e que faz a sua história colocando os seus conhecimentos, sua arte a serviço de quem dele necessita.

Caplan (1980) considera que o termo consulta, seja utilizado de várias maneiras. Alguns aplicam-no a quase toda e qualquer atividade profissional exercida por um especialista; outros usam o termo para denotar uma atividade profissional especializada entre duas pessoas a respeito de uma terceira. Outros ainda restringem o termo à atividade profissional exercida por uma pessoa altamente treinada - um consultor- mas sem delimitar a atividade ou diferenciar a “consulta” de outras funções do “consultor”. Ainda sob as orientações desse mesmo autor, um aspecto essencial de consulta é que a responsabilidade profissional pelo cliente permanece com o consulente. O consultor pode oferecer úteis esclarecimentos, interpretação diagnóstica ou

conselhos sobre o tratamento, mas o consulente tem liberdade de aceitar ou rejeitar toda ou parte dessa ajuda. A ação em benefício do cliente, que decorre da consulta, é responsabilidade do consulente.

A consulta de enfermagem, segundo Vanzin; Nery (1996), é considerada como uma relação de ajuda e uma situação de aprendizagem entre cliente e enfermeiro, em busca da resolutividade de problemas identificados e do bem estar, promovendo à clientela assistida, mudanças direcionadas ao controle de sua própria saúde.

Através dos relatos durante as entrevistas, foi possível observar que a valorização do ser humano foi considerada como um dos elementos fundamentais para a sua sobrevivência, pois todos precisam sentir-se úteis de alguma forma à sociedade na qual se está inserido. Se esse fato não ocorre, passa-se a ser parte excluída, à margem da coletividade. Portanto, pode-se considerar que o ponto de partida para se conquistar uma vida com qualidade e harmonia, é valorizando a própria existência e tudo aquilo que contribui para promovê-la e para mantê-la. Estas reflexões associam-se à visão de uma das entrevistas, que revelou:

“Tudo tem uma verdade, como eu sei também que tudo tem um tempo determinado e assim é; viver também é assim; é não tomar a vida dos outros e fazer como se fosse a minha vida, pegar e vamos supor assim, viver a vida dos outros, o sofrimento dos outros, entende? Aí eu aprendi que eu não tinha que estar sofrendo; até hoje eu ainda coloco na minha cabeça: porque que eu vou tá vivendo a vida deles... não sou eu. Eu tenho a minha vida particular! O sofrimento deles eu não tenho que viver, entendeu? Depois eu também aprendi a viver um pouco diferente, a tirar um pouco dos problemas; mas eu ainda tenho um pouco disso, sou um pouco emotiva, com certeza” (ROSA DE SARON).

A qualidade de vida, sendo uma interpretação subjetiva, sentida e definida conforme a percepção de cada um, envolve alguns aspectos que auxiliam na sua caracterização. Apresento, a seguir, alguns destes aspectos que se destacaram nas falas dos entrevistados.

A valorização da vida refere-se ao desenvolvimento de ações que promovem a saúde, visando um maior controle das pessoas sobre suas vidas e seus sentimentos. Ações que priorizam o desenvolvimento do ser humano, o fortalecimento da sua auto-estima, da capacidade de tomar decisões e resolver problemas, englobam ainda a necessidade do mesmo estabelecer projetos de vida e de buscar uma vida em plenitude.

Segundo Vanzin; Nery (1996), a consulta de enfermagem é um recurso valioso na assistência personalizada ao cliente e sua família, criando uma situação de ensino-aprendizagem. Dessa forma, com o objetivo de promover as potencialidades do cliente e sua

qualidade de vida, a consulta de enfermagem em saúde mental possibilita revelar a cada um, o que cada um realmente é. Além disso, estimula a buscar continuamente na própria vida, a descoberta de novos caminhos para o aprendizado da vida, abrir novos horizontes, mais amplos, mais claros e que permitam a cada um renovar-se e crescer no sentido do seu viver.

Ao analisar os depoimentos dos participantes do estudo, descritos a seguir, pude perceber que, através das consultas com a enfermeira, alguns haviam conseguido dar um significado mais positivo às suas vidas e, especialmente, ter resgatado a vontade de viver. Embora cada ser humano tenha seu modo específico de ver a vida, ela possui um valor inestimável. As experiências sofridas, que são vivenciadas, representam os obstáculos que é preciso ultrapassar, na direção do bem-estar. Certamente, como característica inerente ao ser humano, não se deixará de sofrer por isso ou por aquilo, mas deve-se tentar acreditar que sempre haverá razões para celebrar, entendendo que as nossas capacidades, todos os recursos, todas as ferramentas para enfrentar as dificuldades que possam surgir durante a vida, existem e podem ser fortalecidas no interior da pessoa, conforme se observa nas seguintes manifestações:

“Tu me ajudou, sim! Me ensinou a viver! Porque o que eu passei durante aqueles anos sem consulta, sem procurar alguém; eu andava perdida, confusa; tudo pra mim dava errado; todo dia assim, eu olhava pela janela e já chorava; eu acho que tu me contaste e me ensinaste a viver, a sorrir, me ensinaste a sair , me pentear; me ensinou todo o dia a levantar de manhã e agradecer por tá viva, olha... eu acho inexplicável até”(ROSA).

“Antes, nada mais me importava, tanto que tentei o suicídio (três vezes)! Eu tentei... eu tentei contra a minha própria vida com os medicamentos que o Dr. me dava. Hoje, melhorou muito, só cooperou... me deu incentivo para querer viver”(BROMÉLIA).

Taylor (1992) refere que o dom de escutar com empatia é outro fator relevante na enfermagem psiquiátrica. Não existindo, provavelmente, tarefa mais importante do que ouvir um cliente de um modo positivo, dinâmico, empático, sem ao mesmo tempo dar aconselhamento, afirmar opiniões ou fazer sugestões. Dessa forma, saber ouvir pode ser considerado como uma forma de contribuir para a valorização da vida do outro, ouvindo o desabafo de suas angústias, das tristezas, a fim de prevenir atitudes extremas, como o suicídio, por exemplo.

Valorizar a vida representa uma mudança de atitude perante a própria vida. Sabe-se que é preciso mudar e mudar significa arriscar, ousar, acreditar em um futuro mais compensador, menos sofrido. Valorizar a vida significa aliviar o desespero, a solidão, os medos e as

angústias, reafirmando o valor da existência, uma melhor e maior constituição do exterior, pela força do interior de cada um. Cada um foi chamado à vida e possui uma missão a cumprir que deve ser descoberta ao longo da sua existência.

A motivação é um elemento importante para que as mudanças de comportamento humano aconteçam positivamente. Esta constatação ficou evidenciada através das entrevistas dos participantes do estudo, onde 50% dos quais (Quadros 3, 4 e 5) referiram que, gradativamente, durante as consultas, foram sentindo-se mais fortalecidos e otimistas, pois tiveram a possibilidade de refletir sobre a maneira como vinham conduzindo suas vidas, objetivando consolidar a confiança em si próprios e em suas capacidades. Esse pensar reforça e valida a linha de pensamento de Siqueira (2001), já citada anteriormente, ao considerar que o ser humano, através do incentivo à sua auto-confiança e à valorização de suas qualidades, é capaz de reconquistar a esperança, a alegria e a vontade de viver.

O indivíduo emocionalmente adoecido, vivencia frequentemente situações complexas, refletindo, muitas vezes, sentimentos de incapacidade, de frustrações, de perda de oportunidades. Essas situações são capazes de causar sentimentos de limitações, e torná-lo confuso e aflito, fazendo-o compartilhar o seu cotidiano com sensações desagradáveis e até mesmo despertando um sofrimento insuportável. Esse sofrimento pode estar ligado a valores como perdas familiares, amigos, trabalho, sonhos desfeitos, ou, quem sabe, não alcançáveis, medo do desamparo, da doença, da falta de recursos financeiros.

O sofrimento pode exteriorizar-se através de sintomas como a tristeza, o mal-estar, o mau humor, a irritabilidade, o nervosismo, a insônia, a dificuldade em deambular, a anorexia, o afastamento social, isolamento, entre outros. Quando essa situação de sofrimento permanece por muito tempo, existe uma grande dificuldade para enfrentar novas situações adversas, mesmo que elas façam parte e sejam comuns no dia a dia de cada ser humano. Para esse indivíduo, que já se encontra desmotivado, desprestigiado, o esforço para suportar suas limitações e continuar investindo com coragem e esperança em dias mais felizes, representa uma tarefa mais complexa. As dificuldades de enfrentamento aumentam na medida em que o movimento da reconsideração de sua posição social demora a acontecer.

Considero que, nestes momentos difíceis, o movimento do cliente em ir além, em tentar enfrentar, superar limites e acreditar que suas dificuldades possam ser resolvidas, ou pelo menos amenizadas, encontre fortalecimento através do apoio profissional promovido durante a consulta de enfermagem que poderá auxiliar no re-encontro do ser humano consigo mesmo. Os dados revelam que todos os participantes do estudo conseguiram conhecer e entender

melhor o que estava ocorrendo, através da realização das consultas de enfermagem, da mesma forma que todos se manifestaram satisfeitos e progredindo após as consultas com a enfermeira.

Também foi possível verificar que, dos oito, sete participantes manifestaram quadros de recaída, embora de forma mais amena e apenas um não retornou a adoecer. Sobre este aspecto é possível constatar que, embora momentos de recaída tenham ocorrido, manifestaram-se de forma mais amena, demonstrando que isso ocorreu graças ao suporte emocional recebido durante as consultas de enfermagem. Justifica-se por que a consulta de enfermagem procura oferecer apoio, reforçando que cada um possui condições próprias para enfrentar seus possíveis momentos de novas dificuldades. Da mesma forma, estas considerações apóiam-se no pensar de Caplan (1980), ao descrever que a prevenção primária não procura impedir que uma pessoa específica adoça. Pelo contrário, procura reduzir o risco em toda a população de modo que, embora alguns possam adoecer, seu número seja reduzido e talvez o adoecimento possa ser mais suave e consiga ser enfrentado com mais serenidade.

Os depoimentos expressam a alegria do re-encontro:

“Eu me considero hoje uma pessoa feliz, porque tô conseguindo aos poucos os meus objetivos e vou conseguir todos os que vierem pela frente”(ORQUÍDEA).

“Quando me senti mal, doente, sei lá... fui perdendo tudo que eu amava; todo mundo foi se afastando, me deixando de lado! Me achavam diferente, que eu tava louca, porque não queria ver e nem falar com ninguém; eu me sentia perdida, confusa, tudo pra mim dava errado. Depois, quando a minha mãe me levou no médico e ele me mandou pra senhora, as coisas começaram a ficar melhor; comecei a entender o que eu tinha, a não me sentir tão diferente dos outros só porque eu tava assim... Teve até uma vez que eu pensei, mas só pensei, em querer desistir de tudo; mas hoje eu sei que eu ainda tenho muita coisa boa pra fazer!” (ROSA).

“Hoje me sinto melhor, mais calma, vivendo assim, um dia de cada vez, mas me sinto bem assim” (JASMIN).

“Teve dias de recaída, de não me sentir bem, mas até agora, tá tudo firme.” (ROSA).

“Acho que aprendi um pouco; tô conseguindo ir adiante, me mantendo bem, me sentindo bem, mas ainda tenho muito que aprender...” (LÍRIO).

Estes sujeitos do estudo salientam o quanto sentiram-se gratificados por terem conseguido vencer seus momentos de adversidade, por não terem desistido de si, de suas vidas,

superando suas próprias limitações. Esse sentimento de conquista, de vitória, de valor inestimável foi conseguido, segundo o pensar destes entrevistados, graças ao suporte profissional que receberam. Estes depoimentos corroboram com o pensar de Peplau (1952), ao revelar como um dos papéis pertinentes à enfermeira é atuar como conselheiro junto à sua clientela, onde este profissional, através da utilização de determinadas habilidades e atitudes, auxilia outra pessoa no reconhecimento, no enfrentamento, na aceitação e na solução de problemas que interferem em sua capacidade de viver feliz e mais eficientemente.

A consulta de enfermagem compreende uma série de ações legitimadas e que devem ser observadas numa seqüência ordenada, envolvendo desde o acolhimento do cliente até a avaliação geral de todo o atendimento prestado. A enfermeira, através da consulta, coleta informações, observa, examina o cliente, escuta o que ele tem a dizer, dialoga para conhecê-lo e busca compreendê-lo, antes de decidir sobre o diagnóstico de enfermagem e prescrever o plano assistencial.

Considero que a consulta de enfermagem em saúde mental, deva constituir-se em espaço de expressão e captação de necessidades, de compreensão do ser humano, avaliação de interesses e possibilidades, onde sejam respeitadas as regras do sigilo, da privacidade, da individualidade e da aceitação da alteridade do cliente à proposta do atendimento, com o acordo e a aceitação do cliente daquilo que é possível instituir buscando uma melhor qualidade de vida do emocionalmente adoecido.

O exercício da consulta de enfermagem caracteriza a enfermeira como profissional liberal, possibilita ao cliente expressar seus sentimentos, facilitando a ambos a identificação de seus problemas de saúde, priorizando suas resolutividades, dentro de um sistema participativo, fortalecendo o vínculo enfermeira/cliente (VANZIN/NERY, 1986).

É imprescindível, no entanto, para conseguir identificar ou resolver qualquer dificuldade, que o cliente sinta-se motivado a isso, e aceite apoio junto ao enfermeiro para modificar sua realidade, otimizando sua qualidade de vida admitindo ajuda. Murray (1986) considera que a motivação represente a vontade do indivíduo em obter algo, mesmo que de forma inconsciente.

A aceitação está relacionada com a disponibilidade do cliente e a sua decisão de aceitar o tratamento, o cuidado, a sua situação. É comum pessoas adiarem e evitarem resolver seus problemas de saúde por medo, falta de vontade, indecisão ou outros motivos. O fato de aceitarem o cuidado é uma decisão individual, não querendo significar que o cliente deva aceitar passivamente tudo que lhe é sugerido. Ele necessita trabalhar idéias, fortalecer sua vontade e decidir o caminho que ele concorda ser o mais correto para ele naquele momento.

Nesse sentido, o tipo de colaboração que recebe é outro fator que pode denotar a aceitação ou não, e evidentemente depende do nível de compreensão, da consciência, do quanto foi informado, solicitado e despertado o seu desejo de interesse e motivação para vencer os obstáculos que estão dificultando o seu viver (WALDOW, 2001).

No entender da teórica Hildegard Peplau (1952), na enfermagem existe esse objetivo em comum, ao proporcionar o incentivo ao processo terapêutico, em que o profissional e o cliente respeitam-se mutuamente como indivíduos, ambos aprendendo e crescendo com o resultado dessa interação. Esse processo interativo entre profissional e cliente, ainda sob o pensar de Waldow (2001), é definido como o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizados para e com o cliente no sentido de promover, manter ou recuperar sua dignidade e sua totalidade humanas.

Durante a consulta de enfermagem ao cliente emocionalmente adoecido, em que a profissional enfermeira expressa interesse em ouvi-lo, disponibilizar-lhe tempo ao seu lado, conversar com ele, escutá-lo e tentar compreender a maneira como expressa seus sentimentos, são formas de motivá-lo a sentir-se mais digno, importante, respeitado. Ao contrário, a falta de compreensão, a indiferença ou atitudes impessoais por parte do profissional, podem comprometer sua reabilitação no sentido de reforçar a crença em suas limitações, fazendo-o acreditar ainda mais nas suas convicções: nada vale como pessoa!

No pensar de Shinyashiki (1997), diariamente pode-se decidir se é para continuar do jeito que cada um é ou se vai se tentar uma mudança. Muitos costumam se desculpar dizendo que são dessa forma devido à influência genética, psicológica, social ou cultural. Mas, na verdade, quanto mais segura a pessoa se sentir em relação ao processo de mudança, aos objetivos, menos se dependerá da decisão alheia, menos se sentirá prisioneira de alguém ou de alguma coisa. Para o autor, o começo da mudança tem início dentro de cada um; deve-se lutar para realizar os sonhos com a naturalidade de um rio que sabe por onde corre, e não para que alguém aplauda. Estas considerações podem parecer fáceis para aqueles que, apesar das dificuldades cotidianas sentem-se capazes de superá-las; entretanto, para aqueles que perderam o interesse por sua vida, que desacreditam em novas possibilidades de transformação de uma vida sem sofrimento, é muito difícil o despertar do impulso para a mudança. É neste sentido e com este grupo de pessoas emocionalmente adoecidas que a profissional enfermeira, através da consulta de enfermagem, pode priorizar sua assistência, intensificando o cuidado humanizado e solidário e, assim, auxiliar o cliente a encontrar uma nova forma de viver, um novo caminho...Os relatos abaixo evidenciam esse pensar:

“Eu acho que essas consultas com a enfermeira foram fundamentais; sem elas eu não teria encontrado o caminho que eu encontrei.” (LÍRIO).

“Fiquei mais decidida, comecei a me organizar, me orientar... a buscar os meus direitos; não achei mais que todas as portas se fechavam para mim.” (ORQUÍDEA).

“ Consegui superar aquela fase, até que comecei a sair de novo; eu saía, fui vendo gente nova, fui conversando, fui fazendo amigos, entrei para a academia, e aí tudo melhorou!” (CRAVO).

Para estes sujeitos do estudo, o espaço que lhes foi dedicado durante as consultas de enfermagem possibilitou que gradativamente fossem visualizando com maior clareza suas dificuldades e simultaneamente promovessem a descoberta de outros caminhos, buscando solucioná-los. Peplau (1952) ratifica esse pensar ao descrever que o enfermeiro deve encorajar o cliente no sentido de que reconheça e explore sensações, pensamentos, emoções e comportamentos, proporcionando-lhe uma atmosfera sem características de julgamento e um clima emocional terapêutico. O profissional precisa também estar consciente das inúmeras possibilidades de comunicação, o que inclui esclarecer, escutar, aceitar e interpretar. O uso correto de todos esses fatores auxiliará o cliente a enfrentar seus desafios e preparará o caminho na direção de uma saúde mais segura. A autora reforça ainda que o enfermeiro, dessa maneira, colabora com o cliente na exploração de todas as alternativas na direção de progresso para resolução de seus problemas identificados.

Quando se dá sentido à vida, visualizando e acreditando nos momentos mágicos de felicidade, haverá entusiasmo para resolver as dificuldades que incomodam, que entristecem, que retardam a tranquilidade interior. Acreditar na felicidade e na vida também auxiliam a remover as pedras do nosso caminho fazendo delas uma forma de avançar e tornar mais valiosa a trajetória, e não simplesmente ignorá-las ou usá-las como obstáculos para retardar a busca e o encontro da realização. Estas considerações corroboram o relato de Luckesi (1995) quando refere que o indivíduo necessita ter claro em sua mente quais são suas aspirações e necessidades, para poder entregar-se a elas com toda a sua energia tentando obter resultados sadios, significativos e satisfatórios.

Cecagno (2005) reitera que essas conquistas tornam-se possíveis, dependendo do grau de motivação do indivíduo para atingi-las. Ainda conforme a autora, a motivação origina-se no interior do indivíduo, como um estímulo interno para satisfazer alguma necessidade

insatisfeita. Considerando que o indivíduo tem, freqüentemente, necessidades e desejos compatíveis com o momento em que está vivendo, é possível dizer que precisa estar motivado continuamente, priorizando sempre a sua individualidade como sujeito.

Pode parecer natural que esses objetivos transitem normalmente entre todos os indivíduos. Entretanto, mais uma vez torna-se relevante salientar que essas ações e reações de comportamento não se desenvolvem igualmente para aquele indivíduo que se encontra emocionalmente adoecido. Para ele, ainda hoje o rótulo de ser considerado portador de doença emocional contribui significativamente para que encontre resistência em ser reinserido socialmente. A sensação do “ser” e “viver” isolado aumenta seu sofrimento, sobretudo quando, após o período de adoecimento, tenta construir novas possibilidades para retomar sua vida junto a uma coletividade que não abrange os diferentes. Esse preconceito enraizado culturalmente protela sua aceitação social, fragilizando-o ainda mais e afetando sua integridade física e mental.

Por outro lado, o indivíduo, ao sentir-se respeitado, interessa-se por produzir mais e melhor, (re) criar, (re) inovar, tentar alcançar novas conquistas. Sendo assim, o reconhecimento de suas capacidades fortalece sua auto-estima e facilita sua reintegração junto ao convívio de sua coletividade.

O convívio social, conforme acima referenciado, foi um dos aspectos que despertou meu interesse em investigá-lo mais detalhadamente, considerando que os participantes de meu estudo, abatidos durante o período em que estiveram adoecidos, foram unânimes ao revelar que através da continuidade das consultas, conseguiram reestruturar seus relacionamentos junto a seus familiares, amigos e no trabalho.

Considero que os participantes da pesquisa reafirmam que a contribuição da consulta de enfermagem também seja atribuída por oferecer ao cliente um espaço terapêutico, onde lhe é concedido tempo para falar, desabafar, ouvir, questionar, enfim, obter uma assistência diferenciada em que é reconhecido como um ser único, singular, com esperanças, medos, alegrias e tristezas. Nos relatos dos entrevistados, a seguir apresentados, é possível perceber a importância que os participantes atribuem ao trabalho em suas vidas, e como a sua falta ou afastamento dele, comprometem o seu bem-estar e o seu estado de saúde, desencadeando sentimentos de inferioridade, descontentamento e desvalorização:

“... Depois que eu comecei as consultas com a enfermeira, ainda voltei a me sentir mal, principalmente no início do tratamento. Aos poucos eu fui me equilibrando, e eu fui me sentindo cada vez melhor. Então, consegui voltar a trabalhar normalmente, já que antes eu tinha mudado completamente até o meu jeito de trabalhar. No começo me sentia irritada, nervosa o tempo todo;

me isolava, não queria ouvir ninguém... até que tudo foi se acomodando”(ROSA de SARON).

“Me isolava bastante, ficava muito pensativo, não pensava em outra coisa a não ser em trabalhar, como melhorar, como crescer, enfim, como ter uma empresa atualizada e rentável. Até que chegou o momento que não deu mais para segurar sozinho a onda! Aí procurei ajuda com o médico da Policlínica e, depois, ele me encaminhou para as consultas com a enfermeira” (LÍRIO).

“Quando eu adoeci com câncer no braço direito, tive que parar de trabalhar e fiquei muito triste, deprimida, principalmente porque no meu trabalho onde eu me sentia mais segura, não recebi o apoio que eu esperava e isso começou a influenciar meu comportamento. Cada vez que eu chegava no trabalho, não me deixavam fazer nada, e eu ia me sentindo mais deslocada e inútil; e isso foi acabando comigo, de maneira brutal, brutal!!! Se não fossem as consultas com o médico e a enfermeira, eu não teria conseguido superar esta fase que, para mim, foi pior do que ter tido câncer!” (ORQUÍDEA).

Luckesi (1995 p. 155) refere-se ao trabalho como possibilidade de auto-crescimento e auto-desenvolvimento, ao considerá-lo “um *continuum* em nossa existência; com ele aprendemos, nos desenvolvemos, vivemos e sobrevivemos”. Estes são enfoques satisfatórios, quanto ao trabalho, que vêm ratificar a opinião destes participantes do estudo. Alguns dos entrevistados, analisando as relações entre amigos e familiares verbalizaram o mesmo sentimento de privação e exclusão nos processos de trocas afetivas no seu meio, enquanto adoecidos, conforme as seguintes expressões:

“Antes das consultas com o médico e a enfermeira, eu me escondia. Achava que tudo era muito chato!...Ficava no meu canto. Não queria saber de ninguém. Depois, com o tratamento, o relacionamento com a família melhorou, eu comecei a me acalmar, fui tendo mais jeito com todo mundo... Me senti melhor porque fui parando de evitar meus colegas, amigos e até mesmo o pessoal de casa; consegui me integrar de novo!!!” (GIRASSOL).

“As consultas com a enfermeira me ajudaram de verdade... Antes eu tava bem louco, perdido, tomando remédio, bebida e aí não conseguia me comunicar com ninguém; não me concentrava, não pensava em nada...e ela me ajudou a me ligar mais na vida, tipo assim, abrir meus caminhos. Foi me ouvindo, me mostrando outras formas de resolver meus problemas sem ter que ficar fugindo.... me isolando. Aí eu fui melhorando... até que consegui melhorar mesmo e tudo se clareou.... com meus amigos, em casa e comigo mesmo!” (CRAVO).

“Com o apoio que recebi, comecei a ver que, embora meu trabalho fosse muito importante para mim, que impulsionava muito a minha vida, percebi que existiam outras coisas que poderiam me satisfazer! Preencher meu

tempo com outras atividades que também me proporcionariam o mesmo prazer do trabalho; coisas simples mas que eu havia esquecido como eram significativas para mim, como ir ao cinema, caminhar na praia, ouvir música... enfim... hoje eu não sou mais a mesma pessoa, mas apesar das dificuldades que passei, me sinto mais feliz!!!” (ORQUÍDEA).

As considerações acima apresentadas deixam claro que o convívio social, independente de abranger o ambiente de trabalho, dos amigos ou familiares, que a profissional enfermeira, ao fazer uso de sua própria personalidade e características individuais, pode produzir uma grande influência terapêutica na vivência do cliente emocionalmente adoecido. Taylor (1992), valendo-se do referencial elaborado por Peplau (1952), salienta que a principal maneira como a enfermeira influencia diretamente no atendimento à sua clientela, é através do uso que faz de si. Em última análise, segundo estes sujeitos da pesquisa, a participação nas consultas com a enfermeira foram relevantes, ao estimularem a motivação necessária para o enfrentamento de novas situações de conflito, desafios e (re)adaptações sociais.

Caplan (1980) acredita que o indivíduo, nas situações de dificuldade, é ainda mais dependente do que de costume de suas relações pessoais, embora possam aumentar o peso de seus problemas, ou ajudar ativamente na busca de uma saída satisfatória para suas dificuldades. Para o autor, a resistência aos transtornos mentais pode ser aumentada, se o indivíduo for ajudado a ampliar seu repertório de habilidades eficazes na resolução de seus problemas. Esta ajuda pode ser viabilizada, segundo Nery; Vanzin (1986), através da consulta de enfermagem, por constituir-se em uma atividade-fim, desenvolvida em nível individual, família e comunidade, de modo sistemático e contínuo, realizada pela enfermeira, junto à clientela, com extensão à família.

Conforme já citado anteriormente, a consulta de enfermagem em saúde mental objetiva proporcionar ao indivíduo um atendimento mais humanizado, onde ele possa ser pensado na sua integralidade, e não apenas como um corpo físico sujeito às mais diversas patologias orgânicas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na trajetória da vida, é importante que a enfermeira exercite a reflexão crítica sobre a sua prática, para que a sua vivência, o seu cotidiano, a sua experiência baseada no contexto da realidade, sirva como fonte desencadeadora, de motivação e estímulo para continuar a busca de novas formas no despertar das suas potencialidades (SIQUEIRA, 1998).

Corroborando com esse pensar e conforme relatado na introdução deste estudo, após algum tempo exercendo a consulta de enfermagem em saúde mental, vários questionamentos sobre suas contribuições terapêuticas passaram a fazer parte de minha rotina. Percebendo o quanto estes questionamentos estavam influenciando meu exercício profissional, senti a necessidade de buscar respostas que minimizassem meu conflito e, paralelamente, justificassem o processo de trabalho que havia adotado. Considero importante relatar que, embora consciente que os resultados com a investigação pudessem revelar uma realidade diferente daquela que eu até então validava, não hesitei em prosseguir com a pesquisa. A trajetória profissional, como enfermeira assistencial, instigava-me, de maneira incessante, na busca de formas diversificadas, que levassem a um entendimento mais aprofundado sobre a complexidade de que se reveste o “SER ENFERMEIRA”.

Com o passar do tempo, esta exigência progredia, comprometendo minha satisfação pessoal com a profissão que havia escolhido. Continuando a olhar e a trilhar a caminhada profissional nesta perspectiva, era necessário e urgente pensar em estratégias que minimizassem este conflito. Sendo assim, resolvi investir em projetos de qualificação profissional, que contemplassem minhas indagações e minhas ansiedades de prosseguir nos meus sonhos de ser enfermeira, cumprindo a minha missão junto à sociedade. A partir destas reflexões, delinee a questão que poderia nortear minha qualificação como enfermeira, e optei em avaliar o meu exercício profissional, investigando as contribuições que a consulta de enfermagem, atividade por mim desenvolvida, oferecia aos meus clientes da saúde mental. Relembro, neste momento, de um fato muito significativo e que, possivelmente, só tenha ficado na minha memória; entretanto, representou para mim um grande incentivo: ao término da apresentação de meu projeto de pesquisa para qualificação, uma das participantes da banca examinadora manifestou-se surpresa e admirada, considerando a proposta interessante, mas desafiadora, corajosa e ousada, porque, em raríssimas oportunidades, segundo ela, tinha tido a

oportunidade de avaliar um estudo, onde a própria pesquisadora colocava seu exercício profissional como foco de investigação: testar publicamente minha prática assistencial, encontrar respostas a respeito da consulta de enfermagem aos clientes emocionalmente adoecidos e, assim, contribuir com a construção do conhecimento para um cuidado mais digno aos clientes portadores de sofrimento mental.

O apoio expresso naquele momento incentivou-me, não apenas a continuar investindo em meu estudo, mas também fortificou os meus propósitos e minha vontade de encontrar as respostas que buscava, envolvendo a prática de meu exercício profissional. Foi uma experiência ímpar, pois senti e experimentei, na prática, a importância e o valor da auto-estima que, posteriormente, também se manifestou de maneira expressiva nos sujeitos, conseguindo resultados alentadores e reconfortantes aos participantes da pesquisa, alcançados, segundo eles, através da consulta de enfermagem. Em razão disto, tento resgatar, neste espaço, alguns pontos de maior significação, obtidos através desta investigação.

Este estudo, realizado na Policlínica Rio Grande, com o propósito de analisar as principais contribuições da consulta de enfermagem, realizada com clientes da saúde mental, além de alcançá-lo, incentivou-me a olhar adiante, e vislumbrar e continuar projetando novas alternativas para que minha prática assistencial consiga ser cada vez mais qualificada. O trabalho realizado incentivou-me a investir na conscientização junto às enfermeiras, mostrando os resultados alcançados com a consulta de enfermagem e, ao mesmo tempo, alertando o vasto campo disponível para a prática profissional da enfermagem. Pretende-se com isto divulgar a utilização do processo de enfermagem na consulta de enfermagem e ressaltar a importância que a mesma representa na manutenção e na recuperação da saúde à clientela assistida. Portanto, a adoção da consulta de enfermagem, como um processo de trabalho, pode contribuir na prevenção de doenças, na promoção e na recuperação da saúde. Este é um propósito que emergiu, fortaleceu-se e transformou-se em convicção, a partir dos resultados obtidos com a investigação realizada, a respeito das contribuições que a consulta de enfermagem, segundo os sujeitos deste trabalho, alcançou.

Com a intenção de proporcionar um melhor entendimento ao leitor, envolvendo a comprovação dos pressupostos delineados no início deste estudo, traço as seguintes considerações quanto às minhas expectativas iniciais envolvendo as contribuições da consulta de enfermagem em saúde mental.

Quanto a reduzir o número de internações em instituições psiquiátricas, este pressuposto lembrado nos depoimentos de ROSA e BROMÉLIA, descritos anteriormente neste estudo, só evidenciar as hospitalizações ocorridas após terem iniciado o tratamento com

as consultas com a enfermeira, ressaltam que, agora, até o momento onde foram entrevistadas, este fato não mais ocorreu. Considero que esta situação positiva tenha sido influenciada e favorecida pelo apoio recebido durante os encontros com a enfermeira. Este apoio, referenciado por Peplau (1952), revela como um dos papéis pertinentes ao enfermeiro, ao atuar como conselheiro junto à sua clientela, este profissional, através da utilização de determinadas habilidades e atitudes, auxilia outra pessoa no reconhecimento, no enfrentamento, na aceitação e na solução de problemas que interferem em sua capacidade de viver feliz e mais eficientemente.

Em relação a prevenir os casos de recaída, embora seja muito difícil impedir que novas situações de agravo interfiram no cotidiano dos seres humanos, considero, que a consulta de enfermagem, como alternativa terapêutica, contribuiu para minimizar estes momentos, nos sujeitos pesquisados. Isto possibilitou que conseguissem manter-se em equilíbrio, com boas condições de saúde e qualidade de vida, porque a satisfação manifestada pelos participantes evidencia o fortalecimento de prosseguir lutando para a melhoria da sua saúde. Encontrei em Caplan (1980) o suporte teórico necessário para justificar não apenas o meu pressuposto, mas principalmente o porquê ela já considerava a consulta de enfermagem uma alternativa terapêutica capaz de auxiliar na manutenção do equilíbrio. A mesma autora considera que a prevenção primária não procura impedir que uma pessoa específica adoça. Pelo contrário, procura reduzir o risco em toda a população, de modo que, embora alguns possam adoecer, seu número seja reduzido.

Ao acreditar que a consulta de enfermagem favorece e incentiva a recuperação e a reintegração à coletividade, em intervalo de tempo reduzido, teve-se isto comprovado por resultados positivos, conforme os relatos apresentados. Durante o desenvolvimento do estudo, foi possível constatar que os clientes, após o tratamento, sentiram-se mais motivados a retomar seus relacionamentos, tanto com seus familiares e amigos como no trabalho, pois conseguiram minimizar suas limitações e visualizar novas alternativas em prol de um futuro com menos dor e sofrimento. Taylor (1992) reforça esta linha de pensamento, ao referir que o dom de escutar com empatia é outro fator relevante na enfermagem psiquiátrica, em que, provavelmente, não exista tarefa mais importante do que ouvir um cliente de modo positivo, dinâmico, empático, proporcionando, ao mesmo tempo, dar aconselhamentos, afirmar opiniões ou contribuir com sugestões para sua recuperação, conseguindo que viva buscando contemplar os seus sonhos, os seus propósitos e assim se sinta tranqüila e feliz. Os depoimentos analisados e interpretados ao longo deste trabalho confirmam a possibilidade da consulta de enfermagem em saúde mental de colaborar com a retomada dos relacionamentos dos clientes.

O pressuposto traçado em relação à consulta de enfermagem contribuir para a identificação de dificuldades, bem como para suas resoluções, reitero que minhas expectativas junto aos clientes emocionalmente adoecidos, envolvendo estes aspectos, foram alcançados. Trago mais uma vez, saberes de Taylor (1992), ao afirmar que os profissionais da área de saúde mental têm, como instrumento de trabalho, a fala, o discurso, a escuta, sendo o objeto de trabalho o indivíduo em suas relações, estabelecendo o conflito presente no dia a dia. Como elementos principais deste trabalho, estão a subjetividade, o entendimento e o respeito pelas diferenças, determinando o vínculo das relações interpessoais. Na consulta de enfermagem, a profissional, ao utilizar a fala, a escuta, o aconselhamento, pode conseguir que a pessoa emocionalmente adoecida inicie a entender o que está acontecendo com ela e identificar maneiras de resolver as suas questões de saúde.

As contribuições da consulta de enfermagem manifestadas pelos sujeitos do estudo, aliaram-se às respostas que procurei ao iniciar esta pesquisa, constatando com ênfase, inicialmente, dois enfoques centrais. A partir destes dois enfoques ou núcleos centrais, começaram a entrelaçar-se outros elementos complementares e integradores a esta investigação. Os dois enfoques ou núcleos centrais constituíram as categorias: PERCEPÇÃO e QUALIDADE DE VIDA.

A categoria PERCEPÇÃO desvenda aspectos relacionados à compreensão de que o mundo percebido possui um significado único, singular, específico para cada ser humano e, assim sendo, descortina novos sentidos e valores conforme interage com esta percepção. Complementando esta categoria, seguiram-se elementos salientados pelos entrevistados, que com ela se relacionaram e, portanto, integraram-na. Na categoria da percepção emergiram principalmente os elementos de autoconhecimento, auto-estima e conhecimento da doença.

A categoria QUALIDADE DE VIDA envolve os aspectos que os participantes do estudo abordaram em relação aos seus objetivos de vida, suas expectativas e preocupações. Complementando esta categoria, manifestaram-se os aspectos relacionados à valorização pela vida, à importância de reestruturar seu convívio social e à importância de seu estado motivacional para realizar estas conquistas.

Em relação ao referencial teórico, conforme descrito anteriormente, na assistência em saúde mental, o objetivo do profissional enfermeiro é direcionado para o esforço em proporcionar um atendimento individualizado, integral, mais humano e digno, exigindo a utilização de um referencial teórico abrangente, uma compreensão especial, e um relacionamento terapêutico estreito com seus clientes, em busca de encontrar com eles o caminho possível de ser seguido para solucionar os seus problemas. Da análise de dados

emergiram aspectos diversificados e não contemplados pelo referencial teórico, inicialmente construído. Com a finalidade de conseguir efetivamente contemplar a interpretação dos dados coletados nesta investigação, senti necessidade de complementá-la para compreender, de forma mais aprofundada, as manifestações dos sujeitos. Para tanto, aliei-me aos saberes de Chauí (1999), Siqueira (1998), Branden (1999), Diniz/Schor (2006), Mattar (1997), Amarante (1996), entre outros. Em decorrência desta necessidade, obtive o privilégio de compartilhar conhecimentos tão significativos para meu estudo e também, individualmente, o que me proporcionou uma experiência inesquecível e prazerosa.

Considero oportuno, neste momento em que descrevo meus referenciais apoiadores e especialmente inspiradores, salientar a figura que serviu de âncora para minha pesquisa: Hildegard Peplau, autora da *Teoria Parcial para a Prática de Enfermagem* (1952). Selecionei basicamente seus referenciais, por comungar com várias de suas idéias, as quais contemplam a sistematização da consulta de enfermagem, enfatizando, principalmente, aspectos: cliente e enfermeiro trabalham juntos; as variáveis nas situações de enfermagem são as necessidades, a frustração, o conflito e a ansiedade; a ferramenta mais importante na consulta de enfermagem é a própria enfermeira. Acrescento que a enfermeira pode, hoje, legalmente, exercer a consulta de enfermagem.

Resgato, a seguir, os principais pontos apoiadores encontrados na teoria de Peplau (1952) e que contribuíram na análise e interpretação de dados.

- Para ela, cliente e enfermeiro trabalham juntos e, como consequência, ambos adquirem mais reconhecimento do processo e amadurecem graças a ele. Peplau encarava a enfermagem como “uma força de amadurecimento e um instrumento educativo”; sua crença era a de que a enfermagem constitui uma experiência de aprendizagem do eu, bem como da outra pessoa envolvida na relação interpessoal. Percebi, através dos achados, que estes somente foram capazes de serem obtidos porque os clientes e a enfermeira conseguiram estabelecer um vínculo que permitiu que a aprendizagem se processasse em duas vias, envolvendo tanto o cliente como a enfermeira, trazendo benefícios de crescimento para ambos.

- Em relação às funções de enfermagem, para a teórica, incluíam o esclarecimento da informação que o médico dá ao cliente, bem como a coleta de dados sobre esse cliente, indicando outras áreas problematizadas. É facilmente entendível que, em outras épocas, a consulta de enfermagem possuía conotações diferentes do que as da atualidade, mas envolvia as questões da comunicação, do esclarecimento, da educação e de assuntos correlatos a sua problemática. Atualmente, a enfermeira pode exercer legalmente a sua profissão de maneira independente, autônoma, podendo, ou não, encaminhar o cliente ao médico, dependendo das

necessidades daquele e se utiliza do processo de enfermagem aplicado à consulta de enfermagem como uma alternativa terapêutica nas mais diversificadas áreas de atuação.

- No entendimento de Peplau, as variáveis nas situações de enfermagem são as necessidades, a frustração, o conflito e a ansiedade e declara que essas variáveis precisam ser tratadas de modo a ocorrer o crescimento, à medida que o enfermeiro auxilia no desenvolvimento saudável de cada personalidade. Para a enfermagem atual, variáveis como a dinâmica intra familiar, os recursos sócio-econômicos, as considerações pessoais sobre o espaço devem ser levadas em consideração para cada cliente (indivíduo, grupo, família ou comunidade). Conclui-se que a consulta de enfermagem, ao atender de forma individualizada a cada cliente, especialmente o emocionalmente adoecido, deve levar em consideração essas variáveis porque elas influenciam de forma diferenciada no comportamento do ser humano.

Cada sujeito da pesquisa, ao expressar-se a respeito da consulta de enfermagem e suas contribuições, mostrou a maneira como ele sentiu o apoio e o auxílio da profissional. Nenhum dos sujeitos manifestou-se negativamente em relação à atuação da profissional enfermeira. A consulta de enfermagem, segundo as falas dos participantes da pesquisa, trouxe inúmeras e variadas contribuições, ainda que sentidas por cada um de forma diferente.

Reitero que o elemento fundamental, eficaz, necessário e indispensável ao exercício da consulta de enfermagem é a própria enfermeira. Esta interação pôde ser percebida através das múltiplas manifestações que os participantes utilizaram para mostrar a sua satisfação em ter sido atendidos pela profissional enfermeira através da consulta de enfermagem. O vínculo estabelecido entre o cliente e a enfermeira conseguiu ser facilmente identificado quando, por ocasião do convite para participar da pesquisa, os oito sujeitos concordaram em comparecer e participar do trabalho que a enfermeira estava propondo. Exteriorizou-se não apenas o vínculo formado através da consulta de enfermagem e o cliente, mas cada um fez das suas falas o testemunho de que a consulta de enfermagem é uma forma de auxílio, de socorro, de cuidado, de alívio da dor e do sofrimento. É importante ressaltar que a enfermeira, ao atender o cliente através da consulta de enfermagem, além de fazer uso de uma competência legal, traz grande benefício não apenas para o cliente que é atendido, mas enriquece o profissional através da troca que se estabelece entre ambos. O vínculo que passa a ser estabelecido representa a pessoa cuidando de pessoa como pessoa, oportunizando seu desenvolvimento e a possibilidade de enxergar-se como pessoa com capacidade para superar as suas dificuldades.

Taylor (1992), valendo-se do referencial elaborado por Peplau (1952), salienta ainda que a principal maneira como a enfermeira influencia diretamente no atendimento à sua clientela, é através do uso que faz de si. Aproveitando essa idéia, digo que é este uso de si

mesmo para o cuidado do outro que pode ser realizado através da consulta de enfermagem, quando se entra em contato direto com o cliente, ouvindo, falando, orientando, fazendo-o entender que possui capacidade para superar as dificuldades que no momento está enfrentando.

Sendo assim, por considerar as idéias de Peplau tão significativas e próximas aos valores que respeito como fundamentais para o exercício de minha profissão, senti-me muito gratificada e satisfeita por ter contato com seus saberes durante a realização de minha pesquisa; e foi, principalmente, por estes motivos que a elegi como a âncora do meu referencial teórico.

Acredito que o objetivo maior do trabalho da enfermeira é o cuidado humanizado, que pode e deve ser realizado priorizando e aperfeiçoando a compreensão do cliente, ouvindo, dialogando, orientando através de uma assistência/cuidado comprometida e responsável com a sua recuperação. Seguindo nesta perspectiva, penso que, se este referencial efetivamente for conquistado, será possível o estabelecimento de mudanças significativas nos padrões atuais do cuidado ao cliente emocionalmente adoecido, legitimando um atendimento integral à saúde do indivíduo com condições mais dignas e duradouras.

Sob esta ótica, os depoimentos descritos pelos entrevistados durante esta pesquisa corroboram com o referencial de vários autores, conforme referidos anteriormente, salientando Boff (1999), ao descrever que o cuidado possui significações básicas como atitudes de desvelo, solicitude e de atenção para com o outro, de preocupação e de inquietude, de envolvimento e afetividade.

Neste espaço, dedicado às considerações finais sobre o estudo realizado, considero oportuno ratificar que a consulta de enfermagem em saúde mental possibilita aos seus clientes compartilhar seus momentos de agravo, de modo que possam crescer a partir de suas potencialidades, aliando-me ao pensar de Waldow (2001), ao considerar que:

cuidar é um ato consciente de amor, ajuda; é educar para a liberdade, auxiliar nas horas em que o sujeito necessita voltar a caminhar sozinho, é respeitado pela individualidade como ser único e ser do mundo, que tem uma história e faz a sua história colocando os seus conhecimentos, sua arte a serviço de quem dele necessita. (p. 102)

Os aspectos apontados pela autora relacionam-se, na sua totalidade, com o cuidado preconizado pela consulta de enfermagem, contemplando-a de forma integral. Devolver a liberdade ao sujeito emocionalmente adoecido significa libertá-lo das amarras que o prendem na sua introspecção, ensiná-lo a sonhar, fazê-lo acreditar que ele é capaz de realizar grandes

feitos, incentivá-lo a enxergar-se como gente que erra, acerta e quer viver, enfim, é ensiná-lo a voar, a sonhar e a ser feliz.

Retornando ao objetivo proposto, vejo que, além de alcançá-lo, incentivou-me a olhar adiante, e vislumbrar e continuar projetando novas alternativas, para que minha prática assistencial possa cada vez mais ser qualificada e para que continue investindo na conscientização e no incentivo para que mais profissionais na área de saúde mental adotem a consulta de enfermagem como processo de trabalho.

Este estudo, entretanto, este estudo não possui a pretensão de ser estático ou invariável, mas possa ser utilizado de forma dinâmica, como ferramenta de trabalho na direção da construção de novas práticas assistenciais, que possam vir a ser alicerçadas, implantadas e legitimadas pela continuidade de seu exercício.

Outros aspectos que considero relevante salientar ao descrever minhas considerações finais, envolvem novas indagações que passaram a me cercar, quando finalizava minhas conclusões sobre o desenvolvimento deste estudo. Considerando que as consultas de enfermagem em saúde mental, exercidas e validadas como terapêuticas, em relação à recuperação e à reabilitação dos clientes, e já utilizadas durante longos anos ainda que por reduzido número de profissionais, indagações diversas povoam a minha mente e que, talvez, num futuro, consigam ser respondidas em outras investigações: O que a consulta de enfermagem representa para as profissionais enfermeiras? Diante dos resultados positivos obtidos com a adoção do processo de trabalho da consulta de enfermagem, por que ele é tão pouco utilizado dentro da assistência de enfermagem? Que fatores interferem na adoção da consulta de enfermagem? Que motivos levam a enfermeira a abdicar de usar um instrumento valioso, a consulta de enfermagem, para prestar o cuidado ao cliente? Será que a enfermeira não recebe o devido preparo durante a sua formação acadêmica para o uso da consulta de enfermagem? Será que o pouco uso da consulta de enfermagem reflete uma questão cultural? Será que a enfermeira não utiliza a consulta de enfermagem, para prestar o cuidado, por falta de experiência, ou seria por despreparo, por medo de envolver-se emocionalmente, por insegurança no manejo dos aspectos emocionais dos clientes, ou por suas próprias limitações como profissional e como pessoa? Será que a enfermeira conhece a legislação que regulamenta e legitima a consulta de enfermagem como processo de trabalho? Estes questionamentos talvez possam servir para realizar novas investigações e, assim, conseguir um novo saber a respeito da consulta de enfermagem e a sua realização pela profissional enfermeira.

Além disto acredito que estudos como este contribuem para motivar profissionais de saúde mental em prol de um cuidar mais singular e efetivo, junto aos emocionalmente adoecidos, sujeitos de meu estudo. É necessário conseguir aliar ao cuidado humanizado o olhar científico. Esta aliança do cuidado com o conhecimento científico poderá contemplar a compreensão da complexidade não apenas do ser humano, mas estender-se ao entendimento dos fatores que influenciam de forma inter-relacionada no cuidado a ser prestado.

Apesar dos esforços direcionados no trato da doença mental, a questão do sofrimento emocional, que atinge grande parte dos indivíduos em todo mundo, ainda não se obtiveram soluções satisfatórias. Os clientes encaram suas doenças e reagem a elas de forma diferente, por razões que se referem às influências sócio-econômicas, espirituais, culturais, profissionais, ou até mesmo na forma de conseguir ter acesso aos serviços de saúde e, conforme demonstraram os resultados da pesquisa, da maneira como são recebidos, tratados e compreendidos.

Enfatizo que a sensação do “ser” e “viver” em exclusão, conforme referido pelos participantes, o adoecimento mental produz dificuldades complexas, incluindo a insociabilidade e o isolamento social que acabam por gerar a solidão do indivíduo, enfraquecendo-o, tornando-o agressivo e egoísta impedindo sua vivência de momentos de felicidade e tranquilidade junto aos que o rodeiam.

É oportuno lembrar, neste momento, que, para os sujeitos deste estudo, trabalhar é um ato imprescindível que não representa apenas sua sobrevivência, mas que também possui um grande significado como fator de inserção social, como fonte de criação, de realização e de satisfação. Além disso, consideram que a ausência do trabalho ou o afastamento do mesmo compromete suas condições de saúde, desencadeando sentimentos de inferioridade, frustração e descontentamento, levando-os à própria idéia e sentimento de anulação pessoal.

Acredito que sentimentos de tristeza ante a dificuldade de cuidar-se, a necessidade de depender dos outros, a dificuldade de compartilhar os sofrimentos e as suas dores, as suas angústias, de sentir-se rejeitado, excluído e com sua convivência com os outros limitada pela doença, tudo isso acaba comprometendo significativamente a dignidade do ser humano.

Corroborando mais uma vez com o pensar de Siqueira (1998), ao referir que saúde é uma necessidade vital para o indivíduo e a comunidade, enquanto a doença causa falta de harmonia e desconforto, impede o seu pleno desenvolvimento físico, psíquico, social, cultural e espiritual, o trabalho de pesquisa incentiva a prosseguir nesta caminhada, para que mais pessoas consigam, através da consulta de enfermagem, encontrar-se a si mesmas, e, assim, desenvolver-se o mais plenamente possível.

Sintetizando, acredito que novas alternativas terapêuticas, entre elas a adoção e o exercício da consulta de enfermagem, conforme esta investigação propõe, têm a possibilidade de oportunizar aos indivíduos portadores de sofrimento mental a reconquista de dias mais felizes, de propiciar-lhes uma qualidade de vida mais confiante, digna e efetiva.

Entretanto, os resultados positivos, alcançados através da consulta de enfermagem aos clientes emocionalmente adoecidos, não se restringem ao cliente, porque a enfermeira também se beneficia como profissional e como ser humano. A consulta de enfermagem é muito mais do que um procedimento técnico, do que um processo de trabalho. Para mim representa um espaço significativo de trocas interpessoais. É, muitas vezes, através da dor, do sofrimento, da tristeza e até mesmo do desespero daqueles que nos pedem ajuda, que me surpreendo, analisando minhas próprias limitações, cobranças e frustrações. Hoje, após algum tempo trabalhando na área de saúde mental, considero-me como uma profissional e um indivíduo diferente: menos preconceituosa; certamente mais sensível e muito gratificada com o exercício de minha profissão; mais reconhecida com a vida que me propicia momentos de alegria e força para superar os instantes mais temerosos e difíceis. Aprender com o outro traz crescimento pessoal e profissional.

Como não poderia deixar de ser diferente, momentos difíceis de desânimo, inquietação e cansaço, também fizeram parte desta trajetória; entretanto, uma das maneiras que visualizei para superar meus próprios limites, foi procurando refúgio junto aos depoimentos dos participantes deste estudo. Lendo e relendo suas entrevistas, encontrei forças, conforto e incentivo para não abandonar meus sonhos. Meus sujeitos, veladamente, me faziam sentir importante, presente, comprometida com a continuidade de um cuidar singular, único. Portanto, não poderia deixar de registrar, ao final deste estudo, minha admiração a eles, dedicando-lhes respeito e valoração pela forma como enfrentaram suas dificuldades e lutaram pelo resgate de seus valores, pela reconquista de seus relacionamentos, de sua esperança, da alegria e da vontade de viver e foram capazes de mostrar-se solidários comigo, relatando as suas experiências e, com isso, possibilitando a realização desta pesquisa. Sendo assim, agradeço sinceramente o apoio e a disponibilidade que me dedicaram em prol da conclusão e da divulgação deste estudo. Certamente, na ausência destes colaboradores tão importantes e respeitáveis, minha pesquisa não teria obtido o sucesso que lhe atribuo.

Concluindo, independente do resultado a ser emitido pela banca examinadora quando da defesa desta dissertação, considero que os momentos por mim experimentados foram de grande satisfação e de um valor inestimável, superando todas as renúncias e obstáculos que

tiveram que ser ultrapassados, contribuindo incondicionalmente para minha experiência individual e profissional.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- BISAGNI, Cilene; CHAVES, Maria Yvone. Unidade de Imagem – A inserção de consulta de enfermagem na qualificação do processo do trabalho. Escola Anna Nery, Rev. Enferm, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 365-375, dez. 2001.
- BOTTI, Nadja Cristiane Loppan. Oficinas em saúde mental: a representação dos usuários dos serviços de saúde mental. Revista *Texto & Contexto*, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 519-526, out./dez. 2004.
- BRAGHIROLI, Elaine Maria. *Temas de psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Regulamentação da Lei n. 7498, de 25/06/1996. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, seção I, p. 8.853, 08 abr. 1987.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BOFF, Leonardo. *Saber cuidar – Ética do Humano – Compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRANDEN, Nathaniel. *Auto-estima no trabalho: como pessoas confiantes e motivadas constroem organizações de alto desempenho*. Rio de Janeiro: Campus 1999.
- BUENO, João Romildo; NUNES FILHO, Custachio Portella; NARDI, Antônio Egídio. *Psiquiatria e Saúde Mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais*. São Paulo: Atheneu, 1996.
- CANGUILLEN, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.
- CAPLAN, Gerald. *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- CAPRA, Frijot. *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Pensamento-Cultrix, 2003.
- CECAGNO, Diana. *Serviço de Educação Continuada na Enfermagem nas Instituições de Saúde do Município do Rio Grande*. 2003. 163 p. Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2003.
- CHAUÍ, Marilena. *Convite à Filosofia*. 12ª ed., São Paulo: Ática, 1999.
- COBRA, Nuno. *A semente da vitória*. 52ª ed., São Paulo: SENAC, 2003.
- DALLY, Peter; HARRINGTON, Heather. *Psicologia e Psiquiatria na Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1978.
- DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *Cidadania e Loucura-Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1975.
- GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª. ed., São Paulo: Atlas, 1999.
- HEIDEGGER, Martin. *Carta sobre o Humanismo*. Lisboa: Guimarães & Cª. Editores, 1980.
- HORTA, Wanda. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.

IYER, Patrícia W; TAPTICH, Bárbara J; BERNOCCHI LOSEY, Donna. *Processo e diagnóstico em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

JOIA, Elizabeth da Costa. *Consulta de enfermagem: uma proposta para atendimento em Ambulatório Psiquiátrico*. São Paulo, 2000. 213 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Enfermagem, São Paulo, 2000.

LOPES, Maia Helena Itaquí. *Pesquisa sobre Hospitais Psiquiátricos*. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/psiqpes.htm>.

LUCKESI, C. C. *Avaliação da aprendizagem escolar: estudos e proposições*. São Paulo: Cortez, 1995.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. *Pesquisa em Educação, abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira; PAIVA, Miriam Santos. A recreação de um espaço de atuação: consulta de enfermagem a adolescentes. *Revista Adolescer*, v.1, p. 131, 27 set. 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5ª ed., São Paulo – Rio de Janeiro: Huatec - Abrasco, 1998.

MURRAY, E. J. *Motivação e Emoção*. 5ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

NASCIMENTO, Andréa Lúcia; SILVA, Selma Menezes. *Projeto de Implantação da Consulta de Enfermagem e Day Clinic na Unidade de Transplante de Medula Óssea*. Hospital Universitário Clementino Fraga/Rio de Janeiro, 1999.

OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes. *Pintando novos caminhos: visita domiciliar em saúde mental*. Rio de Janeiro, 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini. *Metodologia da Pesquisa – abordagem teórico-prática*. 10ª. ed., Campinas: Papirus, 2004.

PEPLAU, Hildegard. *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam's Sons, 1952.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B.P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SHERER, Zeyne Alves Pires; SHERER, Edson Arthur; LABATE, Renata Curi. Interconsulta em enfermagem psiquiátrica: qual a compreensão do enfermeiro sobre esta atividade? *Revista Latino Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 7-14, jan. 2002.

SHINYASHIKI, Roberto. *O Sucesso é Ser Feliz*. 55ª ed., São Paulo: Gente, 1997.

SILVA, Mara Regina Santos da; NETO BERNARDI, Cláudio; NETTO DE OLIVEIRA, Adriane. Os Caminhos da Desinstitucionalização da Doença Mental. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, Rio Grande, v.11, p. 83-91, jan./dez. 1999.

SILVA, Maria Julia Paes. Percebendo o ser humano, humano além da doença: o não verbal detectado pelo enfermeiro. *Revista Nursing – Edição Brasileira* - São Paulo, v. 4, n. 41, out. 2001.

SIQUEIRA, Hedi C. *O Enfermeiro e sua Prática Assistencial Integrativa: construção de um processo educativo*. Bagé: Ediurcamp, 1998.

_____. *As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar: um novo modo de pensar e agir*. Florianópolis, 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SMITH, D. W; GERMAIN, C. P. *Care of adult patient*. 4ª. ed., Philadelphia: JB Lippin Cott, 1975.

STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. *Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e Práticas*. Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

TAYLOR, Cecília Monat. *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais – a pesquisa qualitativa em educação: positivismo, fenomenologia, o marxismo*. São Paulo: Atlas, 1992.

_____. *Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em Ciências Sociais: idéias gerais para a elaboração de um projeto de pesquisa*. Porto Alegre: Faculdades Integradas Ritter dos Reis, 2001.

VANZIN, Arlete Spencer; NERY, Maria Elena da Silva. *Consulta de Enfermagem. Uma Necessidade Social*. Porto Alegre: RM & Gráfica, 1986.

WALDOW, Vera Regina. *Cuidado humano, o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

APÊNDICES

Apêndice 1

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

De: Rosane Maria Martins Bondan
Mestranda em enfermagem

Ao: Diretor Presidente da Policlínica Rio Grande Ltda.: Dr. Francisco Paes da Costa

Venho, por intermédio deste, solicitar autorização para realizar a coleta de dados para o trabalho de minha dissertação de mestrado, intitulada Consulta de Enfermagem em Saúde Mental, junto aos clientes da Policlínica Rio Grande Ltda., que realizaram consulta de enfermagem e consulta com o médico psiquiatra, no período de março a dezembro de 2003. Outrossim, solicito ainda a autorização para divulgar os dados encontrados. A dissertação tem como objetivo: identificar as contribuições da consulta de enfermagem em saúde mental. Para tanto, conto com a orientação da Profa. Enfa. Dra. HEDI CRECENCIA HECKLER DE SIQUEIRA.

Os participantes selecionados para este estudo só participarão da pesquisa, se concordarem livremente e após assinatura, em duas vias, do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução no. 196/96, sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Na certeza de contar com o seu habitual apoio, agradeço antecipadamente e coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Cordialmente

Rosane M. M. Bondan
Enfermeira Mestranda
COREN 25493

Apêndice 2

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

GUIA NORTEADOR DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Data: _____

Horário: _____

Tempo utilizado: _____

Local: _____

Município: _____

I – *DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:*

1. Pseudônimo: _____
2. N da entrevista: _____
3. Sexo: () Masculino () Feminino
4. Idade: _____
5. Estado Civil : _____
6. Há quanto tempo mantém este relacionamento? _____
7. Até que série você cursou ? _____
8. Número de filhos: _____
9. Todos da mesma união? _____
10. Em caso negativo, quantos da mesma união: _____
11. Qual a sua ocupação? _____
12. Qual a sua remuneração mensal? _____
13. Possui outra fonte de renda? _____ Qual? _____ / R\$ _____
14. No momento, você está trabalhando? _____
15. Em caso negativo, por que motivo? _____

2. HISTÓRIA PREGRESSA EM RELAÇÃO À SAÚDE MENTAL:

2.1. Responda às questões a seguir conforme sua opinião, relacionadas com a história de doença mental em seus familiares:

2.1.1. Na sua família, você se lembra se alguém teve algum tipo de doença mental?

2.1.2. Em caso positivo, quem?

2.1.3. Você recorda se ele(s)/ela(s) chegou a utilizar algum tipo de medicação para se tratar?

2.2. A seguir , procure responder as questões relacionadas aos seus antecedentes pessoais:

2.2.1. Poderia relatar, resumidamente, como e quando a sua doença começou?

2.2.2. E o que você fez? Procurou algum tipo de ajuda? ____ Qual? _____

2.2.3. Você esteve alguma vez internado em instituição psiquiátrica? _____

2.2.4. Em caso positivo, quantas vezes? _____

2.2.5. Há quanto tempo você se trata? _____ Com ou sem medicação? _____

2.2.6. Após o tratamento, voltou a ficar doente? _____

2.2.7. Em caso positivo, quantas vezes ou quanto tempo após ter se tratado?

2.2.8. Em algum momento da sua doença, houve necessidade de se afastar de suas atividades em decorrência do seu estado de saúde?

3. QUESTÕES RELACIONADAS À CONSULTA COM A ENFERMEIRA:

3.1. Expresse livremente sua opinião, considerando as consultas realizadas com a enfermeira:

3.1.1. Você recorda há quanto tempo consultou com a enfermeira?

3.1.2. Alguma vez, após ter começado as consultas com a enfermeira, houve necessidade de ser internado em instituição psiquiátrica?

3.1.3. Em caso positivo, quantas vezes?

3.1.4. E quanto à medicação, foi necessário utilizá-la? _____ E por quanto tempo? _____

3.1.5. Você acredita que as consultas com a enfermeira auxiliaram a entender o momento que estava vivenciando?

3.1.6. Após ter começado com as consultas com a enfermeira, voltou a não se sentir bem?

3.1.7. Em algum momento da sua doença, houve necessidade de se afastar de suas atividades, em função do seu estado de saúde?

3.1.8. Você se sente satisfeito e progredindo, consultando com a enfermeira?

3.1.9. Você acha que as consultas com a enfermeira facilitaram ou dificultaram o seu convívio familiar, com os amigos, e no trabalho?

3.1.10. Para finalizar, gostaria que você referisse, sem constrangimentos, as contribuições que as consultas com a enfermeira produziram em sua recuperação:

3.1.11. Caso negativo, quais as sugestões para que a consulta de enfermagem possa trazer maiores contribuições a você:

Obrigado pela sua colaboração!

Apêndice 3

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, eu _____
declaro que fui informado(a), de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa e da forma de trabalho desta pesquisa. Fui igualmente esclarecido(a):

- que obteria resposta sobre qualquer pergunta ou dúvida acerca dos assuntos abordados;
- que teria liberdade em retirar meu consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem sofrer qualquer prejuízo;
- que teria direito ao anonimato (não ter minha identidade revelada) e à privacidade;
- que seriam mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho;
- que teria acesso às informações, com a responsável pelo estudo ou no momento em que solicitar, bem como aos resultados.

Ciente das informações acima relatadas, autorizo a gravação de minha entrevista e a utilização da mesma para o estudo proposto.

Rio Grande, ____ de _____ de 200__.

De acordo: _____

Participante

Rosane Maria Martins Bondan

Pesquisadora

Hedi C. Heckler de Siqueira

Orientadora

ANEXO

Anexo 1

Resolução COFEN – 159

Dispõe sobre a consulta de enfermagem:

O Conselho Federal de enfermagem (COFEN), no uso de sua competência, tendo em vista as deliberações do plenário em sua 214 reunião extraordinária esclarece que:

Considerando o caráter disciplinador e fiscal do COFEN e dos Conselhos Regionais sobre o exercício das atividades nos serviços de enfermagem do País;

Considerando que a partir da década de 60 vem sendo incorporada gradativamente em instituições de Saúde Pública a consulta de enfermagem, como uma atividade fim; conforme artigo 11, inciso I, alínea “I” da lei nº 7498 de 25 de junho de 1986 e no Decreto 94.406/87, que a regulamenta, onde legitima a consulta de enfermagem e a determina como sendo uma atividade privativa do enfermeiro;

Considerando os trabalhos já realizados pelo COFEN sobre os assuntos contidos no PAD-COFEN nº 18/88;

Considerando que a consulta de enfermagem sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade

Considerando que a consulta de enfermagem tem como fundamento os princípios de equidade, universalidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde.

Considerando que a consulta de enfermagem compõe-se de histórico familiar e enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem.

Considerando a institucionalização da consulta de enfermagem como um processo da prática de enfermagem na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população,

Resolve:

Art. 1º – Em todos os níveis de assistência à saúde seja em instituição pública ou privada, a consulta de enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na assistência de enfermagem.

Art. 2º – Esta resolução entrará em vigor na data de sua assinatura.

Rio de Janeiro, 19 de abril de 1993.

RUTH MIRANDA DE C.LEIFERT

COREN - SP/NR 1104

Primeira-Secretária

GILBERTO LINHARES TEIXEIRA

COREN – RJ/NR 2380

Presidente