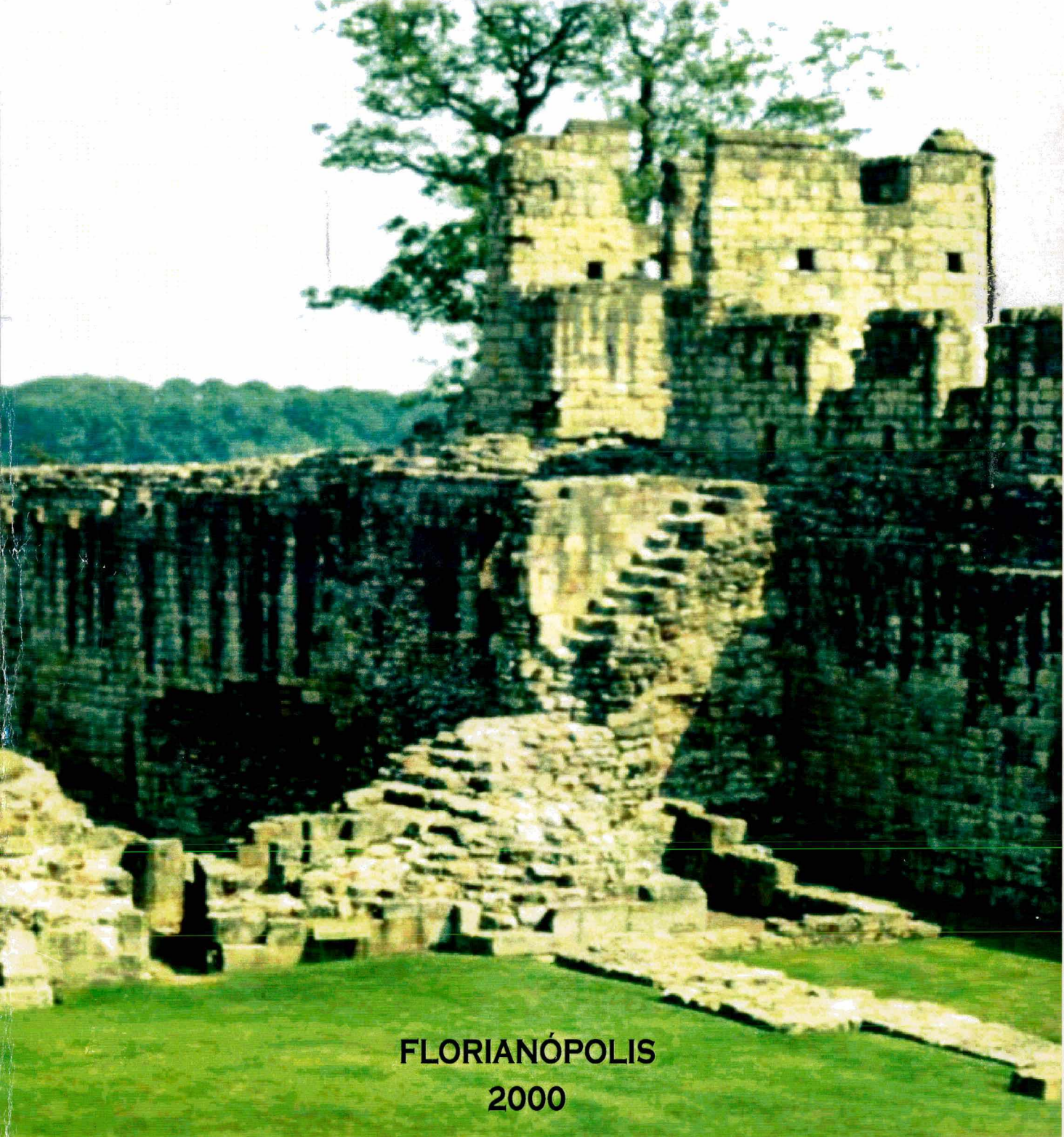


**COMPREENDENDO O SIGNIFICADO
DE VIVENCIAR A DOENÇA MENTAL
NA FAMÍLIA - UM ESTUDO
FENOMENOLÓGICO
E HERMENÊUTICO**



**FLORIANÓPOLIS
2000**

ADRIANE MARIA NETTO DE OLIVEIRA

**COMPREENDENDO O SIGNIFICADO DE
VIVENCIAR A DOENÇA MENTAL NA
FAMÍLIA - UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO
E HERMENÊUTICO**

FLORIANÓPOLIS

2000

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA
REGIÃO SUL
REPENSUL - PÓLO II - FURG**

**COMPREENDENDO O SIGNIFICADO DE
VIVENCIAR A DOENÇA MENTAL NA FAMÍLIA -
UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO E
HERMENÊUTICO**

ADRIANE MARIA NETTO DE OLIVEIRA

**Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
Em Assistência de Enfermagem, da Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito parcial
à obtenção do título de Mestre Em Enfermagem.**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Valéria Lerch Lunardi

Co-Orientadora: Prof^ª. MSc. Mara Regina Santos da Silva

Florianópolis

2000

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**COMPREENDENDO O SIGNIFICADO DE VIVENCIAR A
DOENÇA MENTAL NA FAMÍLIA - UM ESTUDO
FENOMENOLÓGICO E HERMENÊUTICO**

ADRIANE MARIA NETTO DE OLIVEIRA

**Essa Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela
Banca Examinadora para a Obtenção do título de**

MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

**e aprovada em sua forma final em 04 de fevereiro de 2000, atendendo
as normas da Legislação vigente do Curso de Pós-Graduação Em
Enfermagem - Programa de Mestrado Em Assistência de Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina.**

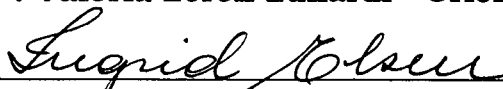


Prof.^a Dr.^a Denise Elvira Pires de Pires - Coordenadora do Curso

BANCA EXAMINADORA:



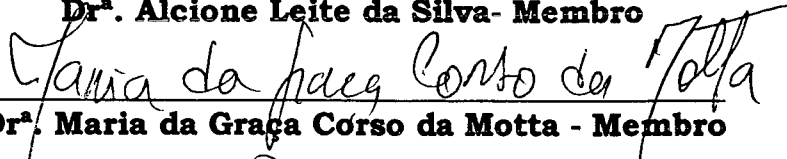
Dr.^a Valéria Lerch Lunardi - Orientadora



Dr.^a Ingrid Elsen- Membro



Dr.^a Alcione Leite da Silva- Membro



Dr.^a Maria da Graça Corso da Motta - Membro



Dd.^a Ceres Braga Arejano - Membro

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me permitir finalizar esta trajetória.

Ao Valdaci e à Carolina, meu marido e minha filha que souberam compreender a minha ausência, ao longo desta trajetória. Vocês preenchem a minha existência com a sua presença e o seu amor e me ensinam o significado de conviver em família.

À Celda, minha mãe que me permitiu ser-no-mundo e pela compreensão.

À Zulma e Denise, minhas mães de criação que me ensinaram o significado do amor e foram presença em todos os momentos da minha existência.

Ao José Carlos, meu tio que ao longo da nossa convivência cotidiana, me ensinou que o ser portador de doença mental também é um ser-no-mundo com múltiplas possibilidades de ser e me fez acreditar na importância da presença da família como cuidadora e capaz de propiciar a recuperação do ser doente.

Ao João Vicente Netto (in memoriam), meu avô cuja presença na minha infância, representou o meu pai, pela preocupação com o meu ser.

À Valéria, pela amizade, pelo estímulo, pela compreensão, pelo apoio nos momentos difíceis desta trajetória e por acreditar nas minhas possibilidades de concretizar este trabalho.

À Mara, pela amizade, pelas palavras de apoio e pelas contribuições a este trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Maria da Graça Motta, pela disponibilidade, pela habilidade em transmitir seu conhecimento e pelas contribuições a este trabalho.

À Ceres, que abriu as portas do Centro de Atenção à Saúde Mental para a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e possibilitou o meu encontro com as famílias deste estudo.

Às colegas do mestrado, pelo incentivo e pela ajuda, toda vez que esta se fez necessária.

À Ângela Machado, pelo apoio no momento em que parecia que esta trajetória não iria finalizar.

À Sueli Zappas, pela amizade, pela escuta e pelo incentivo.

À Sônia Guido, pela amizade e pelo carinho, toda vez que busquei ajuda.

Às famílias que compartilharam comigo a sua vivência diante da facticidade da doença mental e fizeram acontecer este trabalho.

SUMÁRIO

<i>RESUMO</i>	x
<i>ABSTRACT</i>	xi
<i>APRESENTAÇÃO</i>	xii

<i>CAPÍTULO I</i>	
<i>INTRODUÇÃO</i>	17

<i>CAPÍTULO II</i>	
<i>OPÇÃO PELA FENOMENOLOGIA</i>	30

<i>CAPÍTULO III</i>	
<i>OPÇÃO POR HEIDEGGER</i>	35

CAPÍTULO IV

<i>TRAJETÓRIA FENOMENOLÓGICA</i>	44
4.1. Região de Inquérito e os Sujeitos do Estudo	45
4.2. A Entrevista Fenomenológica	50
4.3. Análise e Compreensão dos Dados	52

CAPÍTULO V

<i>ANÁLISE DOS DISCURSOS</i>	59
5.1. MODOS DE SER DA PRE-SENÇA	59
5.1.1. Afetividade	60
5.1.2. Autenticidade	67
5.1.3. Inautenticidade	74
5.1.4. Espacialidade	78
5.1.5. Impessoal	84
5.2. PERCEPÇÃO SOBRE O CUIDADO	88
5.2.1. A Realidade do Cuidado No Mundo do Hospital Psiquiátrico	88
5.2.2. A Relação Dos Profissionais de Saúde Com A Família	96
5.3. SER CUIDADO	119
5.3.1. Preocupação	119
5.3.2. Tranqüilidade No Ambiente Familiar	123
5.4. NECESSIDADES QUE EMERGEM AO VIVENCIAR A DOENÇA MENTAL	127
5.4.1. Conhecimento	127
5.4.2. Afetividade	132

5.4.3. Linguagem	135
5.4.4. Poder-Ser	137

CAPÍTULO VI

<i>REFLEXÕES</i>	148
-------------------------	------------

<i>BIBLIOGRAFIA</i>	160
----------------------------	------------

<i>ANEXOS</i>	167
----------------------	------------

<i>ANEXO 01</i>	168
------------------------	------------

<i>ANEXO 02</i>	170
------------------------	------------

<i>ANEXO 03</i>	172
------------------------	------------

RESUMO

OLIVEIRA, Adriane Maria Netto de. Compreendendo o significado de vivenciar a doença mental na família - um estudo fenomenológico e hermenêutico. Florianópolis, 2000. Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação Em Assistência de Enfermagem da UFSC, para obtenção do título de Mestre. Orientadora: Dr^a. Valéria Lerch Lunardi. Co-Orientadora: Msc. Mara Regina Santos da Silva.

Neste estudo, busquei a compreensão do significado de vivenciar a doença mental na família, à luz do referencial filosófico de Martin Heidegger. É um caminhar no cotidiano do mundo da família, no contexto em que esta encontra-se inserida, tentando compreender o significado da facticidade da doença mental em sua vida. Para a coleta dos dados, foram realizadas entrevistas com duas famílias e, posterior análise dos discursos, através da trajetória fenomenológica-hermenêutica. Na análise, emergiram quatro grandes temas: modos de ser da presença, percepção sobre o cuidado, ser cuidado e necessidades que emergem ao vivenciar a doença mental. O modo de ser da família que vivencia a doença mental, manifesta-se com autenticidade, emergindo sentimentos de angústia e sofrimento. Inicialmente, ocorre uma desorganização familiar e, posteriormente, esta família consegue reorganizar-se, priorizando o cuidado do seu familiar portador de doença mental. A equipe de saúde, na percepção da família, vivencia uma relação inautêntica com estes seres e com o ser-aí portador de doença mental, mantendo-se, na maioria das vezes, indiferente a sua existência. Ser cuidado, para a família significa, prioritariamente, a preocupação com o seu ser, com os seus sentimentos e com o seu bem-estar. Ao vivenciar a doença mental na família, emerge a necessidade de como deve agir com o seu familiar de modo a não prejudicá-lo, de informações relativas à doença, de apoio, de diálogo com os profissionais de saúde, da continuidade do tratamento, após a alta hospitalar e da busca das crenças religiosas como suporte. Este momento existencial da família que vivencia a doença mental possui múltiplas possibilidades de novas construções e interpretações. Entretanto, a expressividade presente nos encontros da pesquisadora com estas famílias, foi única, favorecendo uma outra visão da experiência de vivenciar a doença mental e a reflexão sobre a necessidade emergente de repensar o cuidado prestado a estes seres em saúde mental, como seres construtores da sua própria história de vida e como seres-no-mundo.

Abstract

OLIVEIRA, Adriane Maria Netto. Understanding the meaning of living with mental disorders in the family - an phenomenological and hermeneutical study. Florianópolis, 2000. Center of Health Sciences at the Federal University in Santa Catarina - UFSC, thesis presented at the post-graduation course in Nursing Assistance at the UFSC, to get the Master's Degree. Orientador: Dr^a. Valéria Lerch Lunardi. Co-Orientadora: Msc. Mara Regina Santos da Silva.

This study is an attempt to understand the meaning of living with the ones who suffer from mental disorders, based on psychological reference by Martin Heidegger. It's a journey into the family's every day world, into the context this family is in, trying to comprehend the meaning of facticity of mental disorders in the family's life. Two families were interviewed to collect data, analyzing the discourse through a phenomenological-hermeneutical trajectory. Four great themes came up: ways of behaving, perception of care, being taken care of, and necessities which appear throughout the process of living with mental disorders. The family's way of behaving towards the illness makes them look like beings who live with this facticity in an authentic way, expressing feelings of anguish and suffering. First, a family disorganization happens; later on, this family succeeds in reorganizing themselves focusing on the care their sick member requires. The health team, according to the family's perception, lives an unauthentic relationship with them and with the patient, keeping indifferent to him/her most of the time. Being taken care of, for the family, means worrying about the person, his/her feelings and well being, above all. When the family experiences mental disorder, there is a need of knowing how to deal with the patient so that he/she is not jeopardized, of having information related to the sickness, of supporting or keeping a dialogue with the health team, of continuing the treatment after leaving the hospital, and of searching for religious beliefs as a support. The existential moment of the family that faces mental disorders has many possibilities of new framings and interpretations. However, the greatness in this meetings between the researcher and these families was unique, providing another view of the experience of living with the mental disorder and the reflection on an emerging necessity of thinking about the care given to these people as beings who are able to build their lives'history and as people in the world.

APRESENTAÇÃO

Ser é o conceito mais universal e o mais vazio, como tal, resiste a toda tentativa de definição. Para Heidegger: “A impossibilidade de se definir o ser não dispensa a questão de seu sentido, ao contrário, justamente por isso a exige” (1997, v.1, p.29).

No pensamento heideggeriano, o ser pode se encobrir tão profundamente que pode chegar a ser esquecido e a questão do ser e de seu sentido se ausentam. Uma característica única da filosofia de Heidegger é que a função da fenomenologia é a destruição. Esta destruição significa olhar para o passado e para os significados da vida no dia-a-dia para ver o grande significado de ser.

A partir da minha inquietação pessoal e profissional em relação ao esquecimento do ser da família do ser portador de doença mental, é que optei por este referencial filosófico. Este possibilitou-me compreender o significado de vivenciar a doença mental na família, como uma das maneiras de refletir sobre a possibilidade de se oferecer um cuidado mais eficiente às famílias.

Embora a profissional enfermeira seja preparada para cuidar do outro, de modo individual ou coletivo, na maioria das vezes, parece ter dificuldade em reconhecer a família como merecedora de cuidados. Provavelmente, por isso, constitui-se em mais um profissional da equipe de saúde que permite que a família caia no esquecimento do cuidado.

Compreender a família que vivencia a doença mental, possibilita a profissional enfermeira e aos demais profissionais de saúde resgatar, em cuidado prestado, os aspectos existenciais de cada membro constituinte dessa família, para poder reconhecer também, até onde é possível ajudá-los e buscar, nestes seres, a esperança e o seu poder-ser. Para Motta, “A doença é uma das dimensões existenciais que desestrutura o ser-no-mundo, o qual precisa reconstruir-se para adaptar-se às limitações impostas pela doença” (1997, p. 21).

A tentativa de resgatar essa família do velamento em que se encontra, motivou a realização deste trabalho, bem como a crença de que estes seres precisam ser cuidados. Mesmo diante de uma situação desestruturante como a doença mental e por mais conflituoso que seja o ambiente familiar, ainda é aí, neste espaço, que se faz possível reconstruir outros modos de ser que possam valorizar a saúde e permitir uma melhor qualidade de vida nesta convivência cotidiana.

Este trabalho, que ora apresento é constituído por seis capítulos:

Capítulo I - Introdução, apresento minhas inquietações e as contribuições de alguns autores acerca da necessidade de compreender o significado de vivenciar a doença mental para a família, de modo a conhecer o que necessitam para se sentirem cuidadas e mais instrumentalizadas para cuidar do seu familiar doente.

No **Capítulo II**, explico minha adesão a uma trajetória de investigação fenomenológica para adentrar no mundo da família e compreender o significado de vivenciar a doença mental. Um caminho fenomenológico possibilitou a percepção da singularidade dos seres que vivenciam a facticidade da doença mental, através da análise dos significados revelados em seus discursos.

A opção por Heidegger, **capítulo III**, apresenta o pensar heideggeriano que me possibilitou o resgate da família como um ser “esquecido” e “escondido” que precisa ser reconhecida e compreendida pelos profissionais de saúde como merecedora de cuidados.

O **capítulo IV**, a trajetória fenomenológica, explicita a região de inquirido e os sujeitos deste estudo, assim como a entrevista fenomenológica, como o ver e o observar dentro do espaço do ser, e a análise e compreensão dos discursos, a partir da concepção heideggeriana.

A análise dos discursos, **capítulo V**, apresenta os temas emergidos, ou seja, os modos de ser da pre-sença, a percepção sobre o cuidado, ser cuidado e as necessidades que emergem ao vivenciar a doença mental.

No capítuloVI, apresento as últimas reflexões deste trabalho.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

*“O nível de uma ciência determina-se pela sua capacidade de sofrer
uma crise em seus conceitos fundamentais”.*

(Heidegger, 1997, v.1, p. 35)

INTRODUÇÃO

No decorrer da minha trajetória profissional, a necessidade de considerar a família como um grupo que precisa ser atendido, a fim de se sentir mais instrumentalizada para cuidar de seu familiar doente, tem sido uma constante interrogação que vem me acompanhando. Ao longo desta caminhada, tenho percebido que, freqüentemente, a família está distante do seu familiar doente, no sentido de não ser cuidada, nem tampouco participar e se envolver com o cuidado do seu familiar, possivelmente, por não ser reconhecida sua condição de "ser humano" na relação com os profissionais de saúde.

A inquietação associada a esta situação surgiu a partir do primeiro contato com a realidade vivenciada no hospital psiquiátrico, ainda como acadêmica que, naquela época, prestava uma assistência fundamentalmente centrada na terapêutica medicamentosa. Neste local, o modelo de atendimento predominante parecia não se inquietar com a exclusão social do doente mental, nem com a possível cronificação da doença. Em sua maioria, os seres com doença mental, internados nesta unidade psiquiátrica, não recebiam visita da família, uma vez que haviam sido abandonados e encontravam, ali, o único local que os abrigava. O processo de cronificação da doença mental, possivelmente associado à situação de abandono destes seres por suas famílias e um aparente entendimento do hospital psiquiátrico como espaço inquestionável de "abrigo", parecia favorecer uma acomodação e aceitação de sua internação para, predominantemente, serem medicados.

Essa exclusão imposta ao ser portador de doença mental, pelas famílias, pela sociedade e pela equipe que ali trabalhava, aparentemente compromissada com a reabilitação para a saúde dos seres internados, além de representar uma forma desumana de cuidar do ser portador de doença mental, favorecia que estes seres ficassem cada vez mais voltados para o seu mundo interno, intensificando a cronificação da sua doença e a perda da sua identidade. Esse cenário caótico e revoltante representava um local de degradação humana, porque dificultava e até impossibilitava que estes seres mostrassem suas potencialidades como cidadãos capazes de pensar, sentir e assumir responsabilidades por suas decisões.

A descrição realizada por Peixoto (1996, p.76), quanto à dinâmica rigorosa, mecânica e disciplinar de como se dão as relações no interior do hospital psiquiátrico, retrata minha percepção sobre este cenário:

Tudo dentro do hospício é massificado, não existe a individualidade, não existe a pessoa. Tudo é feito em um único local, com autoritarismo e rigidez. Os grupos são grandes, as pessoas são tratadas da mesma forma, obrigadas a fazerem as mesmas coisas. Os horários são muito rigorosos. Todas as atividades são impostas, sem consulta alguma às preferências dos pacientes, sem se preocupar em saber se aquilo que está sendo feito é do seu interesse ou não. São muitas as regras, não deixando espaço para que o imprevisível aconteça. As pessoas que ali trabalham não sabem como lidar com a desordem e com o inesperado, elementos corriqueiros no dia-a-dia das pessoas com problemas de Saúde Mental.

Diante disso, me questionava por que muitas famílias abandonavam seus familiares doentes no hospital psiquiátrico? No decorrer da minha trajetória, conhecendo a descrição de algumas experiências vivenciadas pela família que convive com o ser portador de doença mental, em seu cotidiano, muitas dessas dúvidas ficaram mais esclarecidas para mim.

Costa (1998), ao buscar compreender a convivência dos familiares com o doente mental, constatou nos discursos das famílias, a sua incompreensão sobre os rituais praticados pelos seus familiares doentes, frente ao que lhe está acontecendo; sua agressividade, a experiência cotidiana de conviver com um familiar que precisa de ajuda, numa relação que requer paciência, amor e compreensão, de modo a conseguir enfrentar essa relação e o desconhecimento e

a desinformação de como agir; além da necessidade de aceitação mútua. Nessas falas, as famílias expunham a violência recíproca, vivida entre elas e o seu familiar doente que, na maioria das vezes, agride física e verbalmente seus familiares, provocando uma mudança na rotina de vida daqueles que, até então, não tinham vivenciado esse tipo de experiência. Para estas famílias, a “maneira diferente de ser do doente mental” está a olhos vistos, pois ele apresenta um comportamento nada convencional, bizarro e diferente aos olhos daqueles ditos “normais” (Costa, 1998, p. 60).

O ser tem sido reconhecido como doente quando não consegue mais responder às exigências sociais; quando, no plano econômico, não é mais produtivo e quando o seu comportamento afeta a rotina social. Por outro lado, o ser que foge à norma social, também tem sido considerado como doente. A doença mental nem sempre é facilmente discernível; inicialmente é considerada como um conjunto de comportamentos raros, não habituais, que são, mais ou menos tolerados pela sociedade, e que, por vezes, acabam tornando-se intoleráveis (Moreno, 1992). Conviver com a diferença, é uma experiência que requer conhecimento, compreensão dos limites a serem colocados, o que pode ser difícil porque implica aceitar o outro como ele é, em determinados momentos, e lutar para que ele mude o seu comportamento de forma a tornar-se socialmente aceitável, em outros. Assumir o cuidado do ser doente representa reestruturar a vida, muitas vezes, privando-se das coisas que, anteriormente, lhe eram permitidas, como: viajar, trabalhar, sair de casa sem preocupações, o que requer uma reorganização da vida em família.

Quase sempre, o convívio com o ser portador de doença mental produz uma grande sobrecarga familiar, que acaba comprometendo a saúde, a vida social, a relação com os outros, o lazer, a disponibilidade financeira, a rotina doméstica, o desempenho profissional ou escolar, trazendo inúmeros outros comprometimentos para a família. Por outro lado, a interação da família com os serviços de saúde mental também é fonte de estresse, pois, geralmente, o contato com os profissionais de saúde resulta numa experiência frustrante, confusa e humilhante, provavelmente em função desses profissionais desconhecerem não só o significado de vivenciar esta experiência para a família, como também seus sentimentos, dúvidas, incertezas, necessidades e desejos.

Durante décadas, as famílias vêm sendo desconsideradas nos processos terapêuticos e do cuidado prestado ao ser portador de doença mental, limitando-se estes aos profissionais de saúde. Como resultado, possivelmente, houve um aumento do sofrimento familiar e abandono por parte da família do seu familiar doente, principalmente daqueles que se encontravam numa condição mais grave e mais debilitada. Ainda, como referido anteriormente, a presença de um familiar doente em casa pressupõe que a família tenha que refazer seus planos de vida e redefinir, quase que integralmente, seus objetivos, o que dificulta ainda mais essa convivência. Há que destacar, também, que a provável dificuldade sócio-econômica e o estigma da loucura podem comprometer, mais ainda, a percepção da família em relação ao seu familiar doente, como um ser que sofre e que precisa ser confortado.

A minha inquietação, então, refere-se à necessidade de compreender o significado de vivenciar a doença mental para a família e conhecer a ajuda que necessitam, não só para se sentirem cuidadas, mas também, mais instrumentalizadas para cuidarem do seu familiar, de uma forma menos sofrida e frustrante e sem ter que percorrer longos anos de convivência para descobrir, então, a melhor maneira de cuidá-lo. Dessa forma, provavelmente, o cuidado prestado às famílias possa se dar de maneira compreensiva e humanizada, possibilitando que sejam mais bem atendidas e, portanto, sintam-se mais fortalecidas para participarem do cuidado prestado ao seu familiar doente, não sendo solicitadas, apenas, para desempenharem o papel de meros informantes para os profissionais da saúde.

Ao desenvolver um trabalho com as famílias que vivenciam a doença mental (Oliveira, 1998, p. 36,39), estas reafirmaram a falta que sentiram, especialmente no momento inicial de manifestação clínica da doença, de um profissional da saúde que as auxiliassem, prestando informações sobre o significado da doença, suas implicações, cuidados e, principalmente, que lhes proporcionassem conforto, compreendendo suas necessidades enquanto seres que sofrem, entram em pânico frente ao desconhecido e que, portanto, também requerem ser cuidados. Ao longo dessa experiência, essas famílias deixaram explícito que não se sentiram cuidadas pelos profissionais de saúde, conforme podemos perceber através das seguintes falas:

“Eu faço assim, mas nunca sei se estou certa ou errada”.

“A maioria dos profissionais da saúde não estão preparados para atuar na área da psiquiatria. pois a maioria deles não têm nenhuma preocupação com os sentimentos experimentados pela família do doente mental, só sabem nos culpar pela doença, fazer várias perguntas e tentar nos dopar com medicamentos, para nos acalmar”.

Diante do diagnóstico de doença mental, as famílias em geral, não conseguem compreender o que está acontecendo e desconhecem as possíveis causas que possam justificar tamanha desorganização de comportamento, conduta e afeto. A partir daí, começa a se configurar um círculo vicioso, no qual o familiar doente sofre e a família também sofre, aumentando essa desorganização, até que alcancem um nível razoável de aceitação e controle sobre a doença.

Ao entrarem em contato, pela primeira vez, com uma instituição de saúde, em busca de ajuda para o seu familiar com manifestações clínicas de um surto psicótico¹, essas famílias, na sua maioria, estão em busca da cura ou de uma solução para a doença do seu familiar, mas, acima de tudo, acredito que esperem ser reconhecidas pelos profissionais de saúde como seres que também precisam ser apoiados e ajudados. Entretanto, o que, comumente, encontram é a solicitação, por parte desses profissionais, para responder a uma longa entrevista, permeada por censuras e sentimentos de culpa pelo que aconteceu com o seu familiar doente ou por um conjunto de regras e determinações, muitas vezes inquestionáveis, que devem seguir e obedecer como tentativa de auxiliar esse familiar. Nenhuma dessas abordagens, entretanto, lhes permitem manifestarem-se como seres que, também, têm necessidades próprias frente ao vivido e que precisam de espaço para expor seus medos, dúvidas, questionamentos e desconhecimentos, num momento de grande desespero, no qual o suposto equilíbrio familiar que vinha se mantendo, até

¹ Surto psicótico, neste trabalho, é considerado como uma grave desorganização das funções de personalidade em relação a percepção, memória e juízo crítico; há predomínio de delírios que são falsas crenças que aparecem sem um estímulo externo e que se mantêm, mais ou menos firmes, frente à razão; e/ou alucinações que são distorções na percepção, ocorrendo falsas percepções sensoriais na ausência de um estímulo externo real (Oliveira, 1998).

então, vê-se, explicitamente rompido, através do reconhecimento da manifestação e instalação da doença mental no contexto desta família.

As famílias, muitas vezes, manifestam sentimentos de ambigüidade, sentindo-se culpadas por autorizarem a internação do seu familiar doente em um hospital psiquiátrico, pois consideram que podem estar lhe rejeitando e favorecendo que se perpetue a sua exclusão, imposta pela sociedade, mas, ao mesmo tempo, não se sentem capazes de cuidar do seu familiar, diante de uma crise aguda, em casa. Tal motivo já bastaria, por si só, para que as famílias, também, recebessem a devida atenção dos profissionais de saúde, incluindo-as no cuidado prestado ao seu familiar doente, como seres que também precisam ser cuidados.

A doença mental, na maioria das vezes, tem um caráter muito particular, que envolve uma mistura de culpa e de vergonha por parte da família. O mito da loucura, como algo que tornaria o ser incapaz de tomar decisões, o desapontamento total diante da imprevisibilidade da doença mental, o caráter inesperado e desconhecido de que se reveste e o desconhecimento do que pode e deve ou não ser feito, são fatores que influenciam e comprometem a estrutura familiar. Parte daí, possivelmente, o terror que a família vivencia toda vez que seu familiar doente entra em crise ou tem uma reação mais agressiva. Vem o desejo, associado à culpa, de excluí-lo do ambiente familiar e de interná-lo no hospital psiquiátrico, como uma aparente solução para seus desconhecimentos, temores, frustrações e, como decorrência, parecem ter um único recurso para conseguir alguma paz no seu cotidiano.

Por outro lado, quando o ser portador de doença mental retorna à família, após a alta hospitalar, o sistema familiar parece que volta a se transformar, ou seja, retornam, de modo explícito ou não, os questionamentos e dúvidas sobre o que fazer com este familiar, como cuidá-lo, o que estimulá-lo a realizar, como relacionar-se com ele, como trabalhar os conflitos. Tais sentimentos e a falta de respostas, que emergem com grande freqüência dessas famílias, podem contribuir para o desencadeamento de uma nova crise. Na maioria das vezes, a esperança pode ser algo que não existe nesses grupos, e quando existe, desaparece, ao defrontarem-se com as sucessivas reinternações. Para que as famílias não se afastem do seu familiar portador de doença mental, é importante que os profissionais de saúde compreendam que elas, também, precisam de apoio, de ajuda e de estímulo pelo

esforço que desempenham ao cuidar do seu familiar.

Somente a partir dos anos 50, começou a se manifestar um grande interesse pelos aspectos sociais e familiares da doença mental. Alguns trabalhos, realizados na psiquiatria sobre as relações familiares e a doença mental, influenciaram a maneira tradicional de cuidar do ser portador de doença mental, no qual, a ênfase do cuidado dava-se apenas ao doente e a sua doença. A partir desta época, passou-se a valorizar não apenas o ser portador de doença mental, como único responsável pela sua doença, mas, também, as suas relações familiares e sociais, o que veio contribuir para a compreensão e recuperação destes seres (Bassit, 1989).

Já na década de 80, alguns estudiosos observaram que essas famílias estavam conseguindo prestar cuidados, tais como: alimentar, administrar a terapêutica medicamentosa e confortar o seu familiar doente, os quais, anteriormente, eram prestados por instituições estatais. A partir daí, os pesquisadores observaram que as famílias, por si próprias, começaram a buscar respostas às suas necessidades para poder cuidar do seu familiar. O ponto positivo, até agora observado em relação a inclusão da família neste cuidado, está associado, fundamentalmente, aos baixos números de reinternações (Chesla, 1989).

Os estudos de Chesla (1989) revelaram que as famílias atendidas em nível ambulatorial têm mais alívio da sua sobrecarga do que aquelas atendidas em nível hospitalar. As famílias estudadas referem que futuras hospitalizações poderiam ser evitadas, se as consultas ambulatoriais fossem eficientes e houvesse disponibilidade de atendimento por um período de 24 horas. Visitas domiciliares, apoio constante e educação das famílias, realizadas por enfermeiras, mostraram-se extremamente mais eficazes no cuidado prestado ao ser portador de doença mental, em relação ao cuidado prestado durante a internação hospitalar. Os pesquisadores concluíram, ainda, que o cuidado domiciliar aliviou a ansiedade da família, favorecendo o aprendizado de como cuidar do seu familiar doente, através de um ensino contextualizado, direto e adaptado às suas necessidades de aprendizagem.

No Brasil, desde 1987, vêm ocorrendo manifestações em relação a Reforma Psiquiátrica, no sentido de realizarem-se conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde mental, que propõem mudanças teóricas e éticas no cuidado prestado em psiquiatria. Entretanto, o discurso preconizado por essa reforma, principalmente com relação ao processo de desinstitucionalização, envolvendo o

ser doente, está dissociado da sua prática, provavelmente em função do hegemônico modelo biomédico individualizado e, ainda, limitado às internações hospitalares e intervenções terapêuticas predominantemente medicamentosas. O cuidado em saúde, nessa área específica, continua sendo, na maioria das vezes, determinado pelo profissional médico que parece deter o controle sobre o diagnóstico e o tratamento do doente, excluindo a família do ato de cuidá-lo.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental de 1992 (Ministério da Saúde, 1994), constitui-se em mais um movimento para transformar o contexto da doença mental e para reconhecer a cidadania de seus portadores. No Relatório Final desta conferência está explicitada a recomendação de que os serviços de saúde mental devem transformar-se em verdadeiros locais de produção de saúde e de vida, onde seja resgatada a história e a cidadania dos seres com doença mental. Dentre as propostas dessa conferência, incluem-se:

- evitar culpabilizar o ser portador de doença mental e sua família, promovendo o atendimento integrado à família;
- desenvolver um programa de esclarecimento e apoio à família, à comunidade e aos trabalhadores de saúde mental, sobre a proposta de fechamento dos manicômios e substituição dos manicômios, por outros serviços.

A família é uma instituição social que vem modificando a sua estrutura através da história e tem finalidades diversas numa mesma época e lugar. Apesar dos possíveis conflitos, a família, no entanto, é “única” em seu papel determinante no desenvolvimento da sociabilidade, da afetividade e do bem-estar físico dos seus seres, sobretudo durante a infância e a adolescência (Prado,1991). É através da família que a criança se integra ou não no mundo adulto, que aprende a canalizar os seus afetos, a avaliar e selecionar suas relações. A família² visa reproduzir-se em todos os sentidos: seus hábitos, costumes e valores. Esta abordagem pressupõe que esse grupo social tem responsabilidades na construção do ser, na sua capacidade ou não de interagir ou responder às normas sociais; isso indica a importância fundamental da família como participante ativo no cuidado do ser portador de doença mental.

² Neste trabalho, a família é considerada como o conjunto de seres ligados por laços afetivos, que convivem sob o mesmo espaço físico, tendo ou não laços cosangüíneos, e que podem, de alguma forma, interferir na saúde mental de um ou vários membros desse grupo (Oliveira,1998).

Os comportamentos desse ser parecem não ter sentido quando avaliados isoladamente, mas adquirem significado, quando estudados em seu contexto familiar, razão pela qual a política de saúde mental preconizada não está aceitando mais isolar o doente do seu contexto social e familiar. O drama-familiar em função da doença mental faz com que a família modifique as suas perspectivas em relação ao seu futuro e ao do seu familiar e questione as suas crenças e valores que, até então, sustentavam o “suposto equilíbrio familiar”, passando o ser portador de doença mental a representar e expressar toda a problemática familiar que, provavelmente, já vinha se estendendo, ao longo dos anos, mas que, também, vinha sendo deixada de lado (Benoit,1994).

O ser portador de doença mental pode ser o reflexo de uma patologia familiar. A família pode ser a causa ou o reforço da doença mental, concordando e perpetuando a maneira diferente do seu familiar doente, assim como, a existência desse familiar pode levar a família a desestruturar sua saúde física e mental, em função da angústia vivenciada em consequência da doença mental, por não saber como lidar com a doença e por não receber nenhum tipo de suporte, que a auxilie a lidar com o problema (Bassit,1989).

Os sinais clínicos da doença mental evidenciados em um dos elementos do grupo familiar constituem-se em uma situação inesperada, em que a família se sente despreparada para enfrentá-la. Ainda, em função de ser algo imprevisível e desconhecido, além de ser passível de estigma e amedrontador, provoca desadaptações mais ou menos graves nos familiares ditos sãos, que passam a atribuir a doença, única e exclusivamente, naquele identificado como “doente”. Para Cordo (1992, p.26), é muito mais difícil de aceitar uma doença que, de fato, sai do domínio daquilo que é preconizado como normal: “Se é difícil aceitar o envelhecimento, que é algo esperado e considerado normal ou até aceitar conviver com as pessoas que envelhecem, muito mais problemática é uma situação de doença que, de fato, sai do domínio da dita normalidade”.

Para as famílias, aparentemente, tudo é muito complicado quando há um ser portador de doença mental, em casa. Na sua maioria, sentem-se sós para enfrentar os problemas e desinformadas quanto ao modo de agir frente a eles, ficando desarmadas quando aparecem os primeiros sintomas da doença. Sentem-se vítimas do destino:

“Caiu sobre nós a desgraça da doença. Cada um tem que levar a sua cruz”. Apoiado em relatos dos seres doentes, Bassit (1989) deduz que os profissionais de saúde, principalmente em nível hospitalar, não mostram disponibilidade para o doente e sua família, desencadeando um sentimento de insatisfação nas famílias e de frustração no seu familiar doente, quando esses buscam ajuda.

Atualmente, ainda é difícil desvencilhar-se do modelo tradicional de cuidados na psiquiatria. Mesmo que os profissionais de saúde já aceitem discutir sobre a doença com o ser doente e sua família, inclusive permitindo-se serem questionados, apesar disso, o que predomina é uma relação de superioridade dos profissionais da saúde frente aos doentes e suas famílias. O profissional médico parece representar, para o doente e sua família, a imagem de um ser superior, dotado de um saber inquestionável, em quem devem confiar totalmente, porque, dele, parece depender o futuro do doente.

Infelizmente, ainda hoje, na maioria dos serviços de saúde mental, o único papel disponível para as famílias do ser portador de doença mental, é de agente que mantém economicamente o seu familiar doente e, geralmente, não é levada em consideração a sua necessidade de receberem informações sobre a doença, de expressarem os seus pontos de vista e as suas dificuldades. Para Macedo (1997), entretanto, vários estudos indicam que, após a alta, mais de 50% dos seres com doença mental crônica voltam a viver sob total responsabilidade e dependência da sua família. Tais circunstâncias fizeram com que os familiares se transformassem numa fonte de sustentação dos programas de saúde mental comunitária. A partir da proposta de desinstitucionalização do ser portador de doença mental, as famílias passaram a ser os principais agentes de assistência ao seu familiar doente, assumindo um papel que, até então, era responsabilidade exclusiva do Estado e dos profissionais de saúde mental. No entanto: “o número de centros de saúde mental que oferecem programas específicos de apoio para os cuidadores e que os aceitam como aliados na elaboração dos projetos terapêuticos e de reabilitação é extremamente reduzido” (Macedo, 1997, p.119).

Atualmente, alguns profissionais de saúde parecem ter começado a se dar conta que reconhecer a família como membro integrante do cuidado prestado ao seu familiar doente, influi favoravelmente no prognóstico da doença, reduzindo os números de reagudização da doença. No entanto, parece difícil cuidar da família do

ser portador de doença mental, sem ter uma compreensão prévia do seu significado de vivenciar esta doença, até mesmo porque, apenas há poucos anos, os profissionais de saúde e as políticas de saúde mental estão se voltando para as famílias, como mais um grupo capaz de ajudar na recuperação do seu familiar doente e que, também, necessita de ajuda.

Provavelmente, enquanto a família não for incluída no cuidado prestado ao ser portador de doença mental, este cuidado permanecerá no modelo tradicional, em que o profissional de saúde dita as regras ou age, apenas, a partir de seus pressupostos; parte daquilo que ele considera ser o melhor para aquele que tem uma doença mental e sua família, desconsiderando o que estes seres determinam como sendo o melhor e o necessário para si mesmos.

A loucura, enquanto mito, faz o imaginário das famílias que vivenciam a doença mental, ir muito além do que realmente essa doença representa, ou seja, o ser portador de doença mental passa a ser concebido como um "objeto frágil" que, ao menor toque, poderá quebrar-se. Assim, a família, na maioria das vezes, parece temer as reações do seu familiar diante das exigências da vida. Por isso, freqüentemente, o exclui da vida diária, impedindo-o que mostre suas potencialidades como ser-no-mundo³.

Os profissionais de saúde têm um compromisso com o cuidar do outro e também com aqueles que cuidam; entretanto, esse compromisso vem sendo negado e deixado de lado, ao longo dos anos, como afirma Elsen (1994, p.72):

Há evidências de que a família funciona como uma unidade básica de saúde para seus membros, o que leva a enfermagem a enfrentar um novo desafio: cuidar de quem cuida. A família já não pode ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais da saúde; ao se reconhecer que ela assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, ela precisa ser ouvida em suas dúvidas, sua opinião deve ser levada em conta, e, mais que tudo, sua participação deve ser incentivada em todo processo profissional de cuidar. O cuidar da família como unidade básica de saúde exige ainda o conhecer como esta família cuida, identificando suas necessidades e suas forças, para que o profissional possa assistir a família e atuar de forma a atender às necessidades de seus membros.

³ Ser - No - Mundo: são as múltiplas maneiras que o ser humano vive e pode viver; os vários modos como ele se relaciona e atua com entes que encontra e a ele se apresenta (Heidegger, 1981, p. 16).

Para as famílias que convivem com a doença mental no seu cotidiano, os afetos se constroem, de um lado pelas marcas dessa convivência dolorosa e, de outro, pela força que lhes concede um nível de compreensão do mundo e da vida fazendo-os perceber coisas que outros, que não vivenciaram esta experiência, dificilmente, conseguiriam percebê-lo. De acordo com Silva (1996, p.114):

É, com certeza, por construírem uma peculiar relação de apego e de cuidado, que seus membros conseguem manter-se juntos, apesar de, muitas vezes, não haver uma explicação que justifique a preservação deste elo num ambiente tantas vezes caracterizado como caótico.(...) Como qualquer outra, é uma família que busca, às vezes de maneira individual, às vezes, conjuntamente, estratégias que lhes permitam sobreviver ou bem viver no mundo que ajudam a construir.

Portanto, a partir da necessidade de compreender o significado de vivenciar a doença mental na família é que surgiu a seguinte interrogação: **-"O que significa para você, vivenciar a doença mental na sua família?"**

Tal interrogação trouxe, em si, a minha inquietação em relação ao fenômeno a ser des-velado, de modo a compreender a situação vivenciada pelas famílias e suas necessidades em seu mundo particular de vida, através da qual, foram revelados muitos sentimentos e temores.

Apresento e justifico, a seguir, a opção pela fenomenologia como trajetória para a construção desta pesquisa.

CAPÍTULO II

OPÇÃO PELA FENOMENOLOGIA

“ A fenomenologia parte do princípio de que os seres humanos não são objetos e, portanto, suas atitudes não podem ser analisadas como simples reações, como fatos”.

(Camargo, 1997, p. 32)

OPÇÃO PELA FENOMENOLOGIA

A realização desta pesquisa, de inspiração fenomenológica, adequa-se a minha visão de mundo e a natureza do fenômeno que pretendo des-velar. A intenção da fenomenologia é “ir às coisas mesmas”, numa tentativa de apreender o fenômeno tal como é experimentado pelo ser que o vivencia, sem que a interpretação ou a teorização interfiram na sua captação.

Busquei desvelar o fenômeno __ “O significado de vivenciar a doença mental na família” __ partindo do princípio de que, somente a família que tem esta experiência em sua existência sabe, melhor do que os outros aquilo que ela necessita como ajuda para lidar com o seu familiar doente. É evidente que a família traz consigo inúmeros saberes, porque é ela quem convive com o ser que tem uma doença mental. Tais saberes podem, até do ponto de vista do profissional da saúde, estar “distorcidos”, mas são vivenciados no seu cotidiano; por isso, não podemos invalidar a sua maneira de ver esta experiência. O profissional de saúde conhece a doença a partir dos seus sintomas, das suas causas e do seu tratamento, mas a família que vivencia a doença mental, a seu modo, também a conhece. Daí, faz-se necessário partir da sua percepção enquanto cuidadora, para poder cuidá-la, a partir da sua visão e do significado que esta vivência tem para ela, bem como das suas expectativas em relação ao por vir em relação à doença.

↙ O ser humano não é só corpo, nem só alma, nem tampouco a soma dos dois, mas uma unidade indivisível que se reflete na sua relação com o mundo; portanto, torna-se difícil ver e cuidar apenas a sua parte doente. A existência anônima é o

modo tradicional de cuidar, é o modo de viver do ser imerso na coletividade, confundido no anonimato da massificação. Entretanto, a fenomenologia possibilita uma outra visão: a existência singular, que significa viver por si e para si mesmo, é a relação de um ser consigo mesmo. Cada ser, na realidade, é único ao vivenciar a doença e a família; também, é única ao vivenciar a facticidade da doença mental. A trajetória fenomenológica permite adentrar no mundo da família e compreender o significado de vivenciar a doença mental.

De acordo com Taylor, citado por Schneider (1994, p.59): “compreender pessoas na enfermagem, através da perspectiva fenomenológica, significa apreender os significados que estas pessoas dão às suas experiências com doenças e ao relacionamento enfermeira-paciente”.

Atualmente, na enfermagem psiquiátrica, em que se evidencia intensa preocupação com a questão do relacionamento, a fenomenologia, pode trazer contribuições significativas para a saúde mental daqueles que cuidamos, possibilitando uma melhor compreensão das relações interpessoais. A enfermagem e a trajetória de investigação fenomenológica compartilham crenças e valores de que os seres humanos são um todo e que criam seus significados particulares, a partir da sua experiência de vida. A fenomenologia é um ver compreensivo que leva a reflexão e promove mudanças no agir daquele que a considera como possibilidade. Enquanto método de investigação, a fenomenologia é um caminho para a enfermagem, já que sua essência é o ser humano como sujeito e não como objeto de trabalho. Quando o ser doente busca um cuidado, ele não perde sua singularidade; suas experiências e vivências continuam constituindo o seu modo de ser (Simões, Souza, 1997).

Nesta modalidade de investigação, a relação humanizada é fundamental; é uma relação que, no olhar heideggeriano, faz-se a partir do meu “ser-aí”⁴. A fenomenologia não é um novo caminho, nem é o único caminho que existe, mas possibilita ter uma nova visão sobre aquilo que se pretende des-velar, é um jeito de não apenas estar no mundo, mas ser participativa no mundo.

⁴ Ser-aí no olhar heideggeriano, não é apenas ser; é ser-aí num dado momento, é ser e ter um espaço e um tempo. O espaço na fenomenologia é possibilidade e o tempo é engajamento. Espaço é poder ser; tudo é possível até a impossibilidade (Souza, 1998).

A intenção desse estudo é descrever e interpretar o ser do fenômeno, livre de preconceitos, compreendendo a sua essência. Por essência, é entendido as significações que são compreendidas, porque são vividas na existência humana concreta. A opção pela fenomenologia, como trajetória de investigação, faz-se porque ela parté do concreto, do factual e os conceitos que ela utiliza são sempre afetados de valor compreensivo (Capalbo,1994b).

De acordo com Simões, Souza (1997, p.55), a fenomenologia é um caminho na pesquisa em enfermagem, pois permite um saber compreensivo, um saber que não é sobre os seres cuidados, mas dos seres cuidados, suas necessidades contextuais. Este saber não está evidente, não pertence a instância dos fatos, mas sim a dos fenômenos humanos. A fenomenologia constitui-se num ver compreensivo, que leva à reflexão e promove mudanças no agir daquele que a considera como possibilidade: "Quando se lida com o mundo físico, o método científico é indicado para dar respostas, porém ao lidar com o humano, ele não se adequa, porque o ser-aí, como postula Heidegger, não é fechado em si, ele ex-iste em suas possibilidades" .

Assim, é o **saber da família que vivencia a facticidade da doença mental**, que está velado para nós profissionais de saúde, que se pretende des-velar. Cuidar e ajudar o outro implica em perceber sua singularidade, seu modo de ser, o qual não está distante, pelo contrário, este sentido é encontrado nos pensamentos, expressões e comportamentos de cada família. O ser-aí portador de doença mental não é apenas um ente-doente, ele ex-iste em suas outras possibilidades de ser, assim como, sua família.

Nesse estudo, o que importa não é a doença mental em si, mas os seres que a vivenciam e que, ao vivenciá-la, não perdem a dimensão ontológica de ser um ser humano e que, por isso mesmo, são merecedores de respeito, de dignidade e de valor na sua existência concreta. Ao interrogar as famílias, o objetivo foi ouvindo-as, compreender como descrevem e vêem o seu real vivido, o que possibilitou uma análise dos significados revelados em seus discursos, permitindo conhecer e compreender a existência da família como ser-no- mundo e ser-com⁵.

Uma das metas dessa pesquisa, constituiu-se em não visualizar a família do ser portador de doença mental como um organismo ou um mecanismo de

⁵ Ser - Com: significa como me relaciono, atuo, sinto, penso, vivo com o ser (Heidegger,1981,p. 18).

funcionamento, soma de partes, soma de órgãos ou como um ser que merece cuidados médicos e de enfermagem, de modo isolado, nas suas partes orgânicas e de seu corpo ou de sua mente afetados. Compreendê-lo, a partir desta ótica, requer interesse pela totalidade de seu ser, por sua vida, pelo respeito à sua liberdade e requer sua participação como um ser responsável por sua existência no mundo. A tendência atual da enfermagem é a de retomar e reconsiderar o ser em seu todo e não mais isoladamente, em partes. Para Capalbo (1994a, p.75), o cuidado constitui-se numa participação ativa entre aqueles que cuidam e aqueles que são cuidados: “A assistência à saúde volta-se, assim, para as pessoas conscientes e livres e não para pacientes anônimos sob os quais se irá atuar”. O ser portador de doença mental não é apenas um ser que tem uma doença, mas é, acima de tudo, um produto existencial da sua condição de vida, levando em consideração que estes seres expressam, em sua doença, toda uma estrutura cultural, social e econômica advinda do seu meio ambiente, onde se encontra a sua família que, também, faz parte deste ambiente, não podendo, portanto, encontrar-se dissociada deste cuidado.

Finalmente, a opção por uma pesquisa de inspiração fenomenológica, surgiu em função do conhecimento que se pretende e que não está claro no afazer cotidiano do cuidado. Essa inquietação surgiu da instância do dia-a-dia, mas o conhecimento produzido não se deriva desta instância, vem de um fenômeno que estava oculto, ou seja, o significado para a família de vivenciar a doença mental. A partir do olhar em relação à família que está aí, vivenciando a facticidade da doença mental no mundo, buscou-se o em si mesmo. Viver num cotidiano atarefado, limita a possibilidade de enxergar e perceber a essência do cuidado em saúde: o ser. Por isso, essa pesquisa buscou des-velar esse ser família, cujo fazer no cotidiano do cuidado prestado pelos profissionais de saúde, não permite revelar sua presença, nem mostrar o significado de vivenciar a doença mental para a família como ser-no-mundo.

Dando prosseguimento, explico minha opção por Heidegger para dar concretude a esta pesquisa de inspiração fenomenológica.

CAPÍTULO III

OPÇÃO POR HEIDEGGER

“ O conhecimento do pensamento de Heidegger deve ajudar-nos a compreender, a interrogar e a criticar a nossa própria existência ”.

(Trotignon, 1965, p. 11)

OPÇÃO POR HEIDEGGER

No decorrer da minha trajetória profissional, a preocupação com os seres que sofrem tem me inquietado, o que me faz acreditar que os profissionais de saúde têm compromissos com o cuidar do outro. Buscando fugir do modelo biomédico, cuja preocupação encontra-se, fundamentalmente, na parte doente de um ser, deixando de lado, na maioria das vezes, o ser doente e o contexto no qual está inserido, provavelmente, por isso, não inclui a família no cuidado prestado. Encontrei, em Martin Heidegger, um suporte teórico-filosófico que me permitiu, não só, afastar-me deste modelo de cuidar, mas, também, repensar idéias e conceitos em relação à maneira de cuidar do outro.

À luz de Heidegger, pretendi analisar e refletir os dados, a partir dos discursos das famílias. Neste autor, vi a possibilidade de enxergar estas famílias como seres que ocupam um espaço na existência do ser-aí portador de doença mental. Para Heidegger (1997, v.1, p.152):

Ao atribuímos espacialidade à pre-sença, temos evidentemente de conceber este ser-no-espaço a partir de seu modo de ser. Em sua essência, a espacialidade da pre-sença não é um ser simplesmente dado e por isso não pode significar, ocorrer em alguma posição do espaço cósmico e nem estar à mão em um lugar. Ambos são modos de ser de entes que vêm ao encontro dentro do mundo. A pre-sença, no entanto, é e está no mundo, no sentido de lidar familiarmente com os entes que vêm ao encontro dentro do mundo.

Muitas vezes, no nosso dia a dia, perdemos de nossas vistas o sentido do ser. O pensar heideggeriano, em relação ao cotidiano, busca tornar evidente a “perda deste ser”, podendo assim, resgatá-lo. Neste sentido, pretendi compreender a família como um grupo que precisa ser reconhecido pelos profissionais de saúde como merecedora de cuidado. Para Heidegger, o resgate do ser é uma especulação das várias possibilidades de perder-se e apropriar-se do homem ou *Dasein*. Todo questionamento é uma procura. Ao questionar a família do ser-aí portador de doença mental, procurei compreender como é essa experiência para ela, naquilo que ela é e como ela é.

Segundo Spanoudis (1981), a ontologia fundamental de Heidegger é buscar as origens genuínas que possibilitam os fenômenos manifestarem-se e apresentarem-se. Heidegger parte do cotidiano do ser-aí para aproximar-se dos problemas fundamentais da existência humana. Ser é a maneira como algo se torna presente, manifesto, entendido, percebido, compreendido e, finalmente, conhecido para o ser humano, para o “*ser-aí*” ou “*Dasein*”. As características ontológicas do ser são também chamadas de características ontológicas da existência. Existência, neste contexto, significa algo que emerge, se manifesta, se desvela.

A obra fundamental de Heidegger, “Ser e Tempo” (1997), faz-se com a intenção de possibilitar a compreensão do “*Dasein*”, ontologicamente, do ser humano. Ontologia, no sentido de ser enquanto ser. A ontologia fundamental é o caminhar que nos põe na busca de recuperar o esquecido, de enxergar o simples que, através dos avanços tecnológicos e do fazer mecanizado, tornou-se uma das tarefas mais difíceis. O cuidar na saúde mental, se tornou um “ato mecânico”, robotizado, ao longo dos anos, e fez com que os profissionais de saúde não reconhecessem a família como um ser que, também, precisa de cuidado, considerando-a, predominantemente, como um objeto que permite conhecer a história pregressa do seu familiar doente.

Heidegger questiona, procurando caminhos de aproximar o evidente, o simples, o fundamental que ficou esquecido, escondido e enterrado pelo raciocínio pragmático e tecnológico: o “*ser-aí*”. Neste esquecimento, encontra-se, também, a existenciália do ser-aí, que são maneiras características de se relacionar e de viver, sem as quais a vida não teria sentido.

Para Spanoudis (1981, p. 18), “o ‘ser-com-os-outros’ ou ‘sendo-com-os-

outros' é uma característica fundamental e genuína que revela a forma como me relaciono, atuo, sinto, penso e convivo com os outros seres". Este relacionar-se com os outros de uma maneira envolvente e significativa, Heidegger denomina de "solicitude", o ter consideração com o outro e ter paciência com o outro, não num significado de princípio moral, mas como experiência e expectativas em relação ao vivido. A consideração faz-se no sentido de, "sendo com o outro", considerar o seu experienciado e o seu vivido; paciência, no sentido de não se antecipar ao outro, mas favorecer que o outro se encontre consigo mesmo e assuma o seu cuidado e o seu crescimento interior, para poder conviver melhor consigo mesmo e com os outros, mesmo frente a facticidade da doença mental.

De acordo com Spanoudis (1981, p. 21-22), "o 'a gente', a que Heidegger se refere, é o modo fundamental de se viver com os outros, que possibilita tanto o viver em comunidade, onde cada ser-aí pode compartilhar sua maneira própria e autêntica de ser e ver a sua vivência"; é imanente, ou seja, é própria daquele ser que a vivencia, é singular daquele ser humano. O "a gente", também, pode viver dissolvido numa coletividade, apenas como um ser a mais, tornando-se um objeto, sem ter opinião própria, nem capacidade de decisão sobre o que é melhor para si.

É possível perceber a família do ser-aí portador de doença mental, como um "a gente" dissolvido na coletividade, cuja pre-sença parece não ser significativa para os profissionais de saúde, tratando-se, apenas, de mais uma família que vivencia a doença mental. Considerar a família desse modo, no cuidado prestado, leva a uma entificação do seu ser-no-mundo, ou seja, esta é tratada como objeto, sem poder de decisão. Ente é tudo o que existe: cadeira, chão, animais e também seres humanos que podem ser considerados como objetos, sem poder de decisão (Souza, 1998).

Ao entificarmos a família do ser-aí portador de doença mental, a visão em relação a sua vivência fica limitada e, conseqüentemente, as possibilidades de ajudá-la também. Na maioria das vezes, o cuidado refere-se somente à busca de informações sobre seu familiar doente, pois, ainda, prevalece o modelo biomédico de cuidar, em que predomina o interesse pela doença e não pelos seres que a vivenciam. Este modelo, geralmente, torna o profissional de saúde indiferente às necessidades daqueles que experenciam a doença mental em sua existência.

A partir da compreensão existencial da família do ser-aí portador de doença mental, é que, provavelmente, novos caminhos poderão se abrir para uma

aproximação, atuação e, até mesmo, a melhora do cuidado prestado, buscando, juntamente com elas, evitar a cronificação da doença e considerar o seu familiar, não como mais um doente, mas sim, como um ser humano com uma doença que pode ser vivida de modo autêntico, procurando estimular o seu poder-ser.

O “eu” é uma característica essencial do ser-aí, por isso, o “eu” destas famílias precisa ser existencialmente conhecido. O desconhecimento da realidade vivenciada pela família do ser-aí portador de doença mental, sem levar em conta o significado desta experiência para elas, torna difícil reconhecer suas necessidades para terem uma melhor qualidade de vida, bem como atuar na possível prevenção da cronificação da doença que, na maioria das vezes, gera uma grande desorganização na família e a falta de esperança numa vida melhor e mais digna.

O ser humano, como ser atuante e responsável por si, é capaz de mostrar seu modo de ser, através da sua existência. Todos os seres humanos possuem corpo e alma, no sentido de serem dotados de afetividade e pensamentos. Entretanto, poder-ser no mundo e tomar decisões conscientes sobre o melhor caminho para a sua existência, nem todos conseguem fazê-lo. Em saúde mental, parece que não é dado o direito à família do ser-aí portador de doença mental, de participar ativamente do cuidado do seu familiar, limitando sua capacidade para tomar decisões em relação ao que é melhor para si, enquanto cuidadora. Como se desconhece o seu potencial para cuidar de forma solícita, como denomina Heidegger, na maioria das vezes, a família é ignorada nessa facticidade.

Para Spanoudis (1981, p. 40), “o ser contra o outro, o ser sem o outro, o ‘passar’ pelo outro, o não importar-se com o outro, são todos modos possíveis de cuidado”. Esses modos deficientes e indiferentes de cuidado são os que, provavelmente, caracterizam o modo de agir com a família do ser-aí portador de doença mental no cotidiano do cuidado realizado pelo profissional. Na relação do profissional com a família, parece ser predominante, não considerá-la como um grupo com potencial para cuidar do seu familiar portador de doença mental, para cuidar de modo eficiente, mas que, também, precisa ser cuidada. Essa indiferença dos profissionais em relação à família, provavelmente, dificulta sua convivência mais saudável e organizada, com o seu familiar, pois não amplia sua instrumentalização para melhor cuidar.

Heidegger (1981), chama de solícitude o relacionar-se com um ser, com

vários seres, de uma maneira envolvente e significativa; diz, também, que existem duas maneiras extremas de solicitude ou de cuidar do outro:

Uma delas é o "Einspringgende Fürsorge", que quer dizer: cuidar do outro saltando sobre ele ou acalentando-o, mimando-o, fazendo tudo pelo outro, ou seja, dominando-o ou manipulando-o, ainda que de forma sutil. A outra maneira de cuidar do outro é o "Vors Pringente Fürsorge", quer dizer, saltar à frente do outro, possibilitando ao outro assumir seus próprios caminhos e assim, crescer, amadurecer, encontrar-se consigo mesmo (Spanoudis, 1981, p.19-20).

A relação do profissional de saúde com a família do ser-aí portador de doença mental parece referir-se à primeira maneira de solicitude, em que ainda existe uma relação de poder; de um lado, os profissionais como detentores do conhecimento científico sobre a doença e, portanto, donos da verdade e de um saber inquestionável. De outro, a família cada vez mais distante da possibilidade de assumir outros caminhos, que possam fazê-la crescer e ser-no-mundo, capaz de tomar decisões e de escolher o caminho que considera mais acessível para cuidar do seu familiar portador de doença mental. A falta de consideração com a família parece ser tamanha, que até os esclarecimentos quanto às suas dúvidas sobre a doença, permanecem não atendidos.

Em função do desconhecimento em relação ao modo como a família vivencia a doença mental, cujo ser se encontra encoberto, busquei, através desta pesquisa, des-velar a pre-sença da família que vivencia a doença mental, através da compreensão do significado de vivenciar essa facticidade em sua existência. A partir desse conhecimento, pretendo que o profissional de saúde possa reconhecer a importância de uma maior aproximação e envolvimento com estes seres, levando-os em consideração no cuidado prestado. Deste modo, pretendo deixar de lado os modos deficientes e indiferentes de cuidar e ter uma outra visão da família, como uma pre-sença importante no cuidado e que, provavelmente cuidará melhor do seu familiar portador de doença mental se, também, for cuidada.

Ainda, no momento em que se estabelecem rotinas bem definidas para cuidar, cada conquista em busca da saúde, parece tornar-se mais difícil de ser alcançada. O cuidar de maneira igual a todos, é como não cuidar de ninguém;

propicia um vazio, pois revela uma tendência a uniformizar este cuidado, deixando de lado as possibilidades de ser do outro, não levando em consideração a singularidade da família que vivencia a doença mental, que perde seu lugar próprio no mundo circundante, tornando o cuidado prestado medíocre e desprovido de significação. Através da uniformização do cuidado, torna-se difícil incluir a família como cuidadora, na posição de participante ativa no cuidado prestado pelos profissionais ao seu familiar. Quando o profissional de saúde permite a uniformização do cuidado, através de rotinas pré-estabelecidas, possivelmente, afasta-se do cuidado eficiente, porque mantém e acentua o domínio do seu saber científico na relação com a família. Neste domínio, está intrínseco o modo inautêntico de ser do profissional com a família.

A autenticidade existe o tempo todo, na visão heideggeriana. Entretanto, ser autêntico só é possível algumas vezes, nas mais diversas experiências, não sendo possível ser autêntico o tempo todo, porque senão, provavelmente, não se conseguiria ficar inserido na sociedade, respondendo às suas normas e exigências. Na maioria das vezes, as instituições de saúde são aquelas que o “a gente” reconhece como encarregados “públicos” daquilo a que chamamos de cuidar em suas especialidades. Mesmo que essas instituições se ocupem do cuidar e do fazer, ainda assim, elas, geralmente, incorrem no fazer persistir a tradicional forma de cuidar, permanecendo na inautenticidade, ou seja, estão endereçadas a todos, o que equivale a serem endereçadas a “ninguém”, pois não levam em consideração a singularidade daqueles para quem prestam os cuidados.

Ao buscar compreender o significado de vivenciar a doença mental na família, procurei desvelar o sentido que esta experiência tem para estes seres. O sentido é a essência, no olhar husserliano, e é a pre-sença, é o ser-aí, é o fundante do olhar heideggeriano. Na realidade, a minha busca enquanto pesquisadora, é compreender o significado desta vivência para a família e como esta se vê na relação com o profissional de saúde. Até agora, parece que a família tem estado ausente, como ser humano a ser cuidado pelos profissionais, pois, na maioria das vezes, estes mesmos profissionais têm entificado a família, pela própria maneira como têm acontecido as relações no mundo do cuidado.

No olhar heideggeriano, existem diversas manifestações cotidianas, aquilo que parece, mas não é, ou seja, aquilo que aparece, mas não é o fenômeno como

um todo e aquilo que é. A partir dessa visão do fenômeno, a família mostra-se como um ente para o profissional de saúde, mas não como pre-sença. Ao des-velar o significado de vivenciar a doença mental na família, talvez, torne-se possível vê-la sob uma outra ótica, ou seja, como um ser-no-mundo da doença e que, por isso, necessita de uma relação envolvente com os profissionais, na qual possa encontrar-se na condição de pre-sença.

Pre-sença, para Heidegger (1981), não é apenas estar presente, ou ao lado de alguém, é muito mais do que isso; é ser-aí, é ser importante, mesmo não estando presente fisicamente; é considerar o outro ser como importante na sua relação com outro, é conhecer o outro, o que pensa, o que sente e o que precisa para se sentir cuidado.

Outra questão importante é o ocupar-se e o preocupar-se. Ocupação, no olhar heideggeriano, significa ter muitas coisas para fazer no meu cotidiano, como por exemplo, quando se realiza determinadas rotinas; quando se pensa e reflete sobre o fazer profissional com responsabilidade e nas conseqüências que este fazer pode trazer para a saúde do outro, então, há preocupação com aquele que é cuidado. Parece que, até agora, o cuidado desempenhado pelos profissionais de saúde têm se constituído, predominantemente, numa ocupação, num fazer “tarefeiro”, sem estar atrelado à preocupação com o ser-aí portador de doença mental e menos ainda, com sua família. Ao desvelar o significado de vivenciar a doença mental na família, busquei obter um conhecimento que estava distante. Para Critelli (1981, p.61), “A difícil tarefa dos que querem ir mais além de um fazer pragmático sem se sentirem sufocados pela incerteza imediata de um o que fazer e pela segurança do convencionado, é poder deixar o fazer no vazio, abandonar sua prioridade e, concomitantemente, poder abandonar-se à verdade de um fim ainda não dado”.

A partir da compreensão dos modos de ser e das características existenciais da família que vivencia a doença mental, provavelmente, alguns caminhos sejam abertos para que ocorra uma aproximação dos profissionais com essa família, priorizando uma relação mais humanizada, deixando de lado o autoritarismo, para perceber quais são as suas necessidades diante da facticidade da doença.

Para Heidegger (1981), o verdadeiro conhecimento provém da realidade vivida. Por isso, optei por essa abordagem para compreender melhor as famílias

que vivenciam a doença mental. Também, considere-a como de fundamental importância, uma vez que as ações da enfermeira estão diretamente relacionadas ao ser-com os seres cuidados, ao fazer e ao conhecimento.

A seguir, delineio o caminho percorrido para compreender a experiência da família que vivencia a doença mental.

CAPÍTULO IV

TRAJETÓRIA FENOMENOLÓGICA

“ Caso a questão do ser deva adquirir a transparência da sua própria história, é necessário então, que se abale a rigidez e o endurecimento de uma tradição petrificada e se removam os entulhos acumulados”.

(Heidegger, 1997, v.1, p. 51)

TRAJETÓRIA FENOMENOLÓGICA

Este estudo, de inspiração fenomenológica, trata-se de uma pesquisa qualitativa, a qual não se preocupa com generalizações, princípios e leis. O foco da sua atenção encontra-se no específico, no singular, buscando sempre a compreensão e não a explicação do fenômeno estudado. Propõe a compreensão da experiência das famílias que vivenciam a doença mental, procurando a pesquisadora manter-se tão próxima da sua realidade, quanto possível. Esta abordagem de pesquisa permite resgatar a família de um ser-aí portador de doença mental e recuperar a percepção destes seres como pessoas que existem no mundo, lugar onde se colocam como possíveis construtores do contexto em que estão inseridos (Martins e Bicudo, 1989).

No caminhar fenomenológico, utilizo a palavra **trajetória** ao invés da palavra **método**, pois melhor expressa o caminhar em busca da essência do fenômeno. Neste tipo de investigação, tenho um problema para pesquisar, tenho dúvidas sobre alguma coisa e quando há dúvidas, interrogo. Quando interrogo, terei uma trajetória a perseguir, estarei caminhando em direção ao fenômeno, naquilo que se manifesta por si, através dos seres que vivenciam a situação.

Donzelli, citado por Lopes, Souza (1997), afirma que a fenomenologia busca a compreensão do ser humano no seu "ex-istir". Nessa trajetória, o conhecimento que tenho sobre a temática constitui o pré-reflexivo, o que Heidegger denomina de estabelecimento da posição prévia: "É a atitude do observador que põe em suspensão qualquer teoria, crença, concepção, conhecimento prévio sobre o

estudado para ir em busca da pré-compreensão. É não negar a facticidade, mas sim, colocar entre parênteses os preconceitos e os pressupostos oriundos de um pré-reflexivo vivenciado e experienciado” (Lopes, Souza, 1997, p.7). Essas autoras, ainda, referem que a trajetória fenomenológica, no entender heideggeriano, preconiza o desenvolvimento de momentos denominados como “estabelecimento da posição prévia”, que implica na suspensão do conhecimento factual e no estabelecimento da visão e da concepção prévia. O desenrolar desses momentos ou pressupostos permite mostrar o fenômeno como “sentido”, compreendido como modos de ser.

Nesta trajetória, a delimitação do fenômeno está baseada em um enfoque de inspiração fenomenológica, à luz de Martin Heidegger, cujo fenômeno estudado partiu da experiência vivida pela família do ser-aí portador de doença mental. Os agrupamentos dos fenômenos estão diretamente relacionados ao referencial filosófico utilizado e aos discursos da família.

Os sentimentos dos seres, tais como: tristeza, angústia, hostilidade, entre outros, são fenômenos que só podem se mostrar quando situados, isto é, numa situação que permita que se mostrem, através das suas descrições. Se não houver seres e se não houver interrogações, será difícil a situacionalidade do fenômeno; haverão, apenas, idéias a respeito do fenômeno, que se constituirá, no máximo, num pré-reflexivo; por isso, faz-se necessário buscar a compreensão do fenômeno, a partir dos discursos das famílias que vivenciam a doença mental. Esses discursos foram obtidos através de entrevistas que possibilitaram a estes seres se mostrarem como são, tendo o cuidado para não induzir as suas respostas.

4.1. REGIÃO DE INQUÉRITO E OS SUJEITOS DO ESTUDO:

A pesquisadora interrogou os sujeitos da pesquisa numa região de inquérito. Quando a pesquisadora está preocupada com os seres situados, encaminha-se para o seu mundo-vida e tenta analisar esse mundo vida em termos da experiência vivida (Martins, Boemer e Ferraz, 1990).

Nos pressupostos fenomenológicos-qualitativos, o ambiente, o contexto no

qual os seres realizam suas ações e desenvolvem seus modos de vida, tem um valor essencial para alcançar, uma compreensão mais clara do significado que essa vivência tem para eles. O meio, com suas características físicas e sociais, dá, aos seres, traços que lhe são peculiares e que serão desvelados à luz do entendimento dos significados por eles apresentados. Por isso, as tentativas de compreender a conduta do ser, dissociadas do seu contexto, criam situações artificiais que falsificam a realidade, levam ao engano, a elaborar postulados não adequados e a interpretações equivocadas. Neste estudo, então, a região de inquérito foi a residência de cada família que convive com o ser-aí portador de doença mental.

Os seres deste estudo foram as famílias que experienciam a facticidade da doença mental na sua co-existência cotidiana, cuidando de um familiar portador desta doença, que vivenciou, no mínimo, um surto psicótico, que frequenta ou já frequentou o Centro de Atenção à Saúde Mental do Município e que se dispuseram a participar desta pesquisa. Antes de iniciar o estudo, foi solicitada autorização ao secretário da saúde do município, para a realização da pesquisa (Anexo 1).

O Centro de Atenção à Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde iniciou suas atividades em 1994, com dois profissionais da área da psicologia e, atualmente, conta com aproximadamente quatorze profissionais de diferentes áreas, que compõem o trabalho realizado na área da saúde mental. A clientela atendida compõe-se de crianças, adolescentes, adultos e idosos, que vêm do município e das ilhas adjacentes, em busca de atendimento, de maneira espontânea ou encaminhados por algum profissional. Neste local, estagiam acadêmicos de Enfermagem e de Psicologia, tendo-se constituído no primeiro acesso às famílias, ao realizar ali, atividades vinculadas a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica com os acadêmicos de enfermagem.

As famílias deste estudo apresentaram uma característica em comum, queriam cuidar do seu familiar doente em casa e, se possível, instrumentalizar-se para cuidá-lo ainda melhor, a fim de evitar a internação no hospital psiquiátrico, que é um fator que desorganiza bastante a vida familiar, além de não se sentirem preparadas emocionalmente, para enfrentar esta internação. Entretanto, sabe-se que, nem sempre, a família que convive com um familiar portador de doença mental consegue cuidá-lo, ou seja, muitas vezes, a internação hospitalar constitui-se num

dos meios para que estes seres possam recuperar suas forças, de maneira a suportar a sobrecarga de continuar cuidando do seu familiar.

A participação das famílias foi voluntária, sendo solicitada, por escrito, a autorização do familiar que participa dessa co-existência, tanto para participar da pesquisa, como para gravar a entrevista que foi realizada (Anexo 2). Assegurei às famílias o anonimato da sua identidade. Inicialmente, entrei em contato com cinco famílias. Entretanto, em decorrência da sua pouca disponibilidade de horário, da temática abordada e dos sentimentos desencadeados, a partir da entrevista, assim como da evidência de repetitividade nos dados obtidos, apenas duas famílias fizeram parte desta pesquisa.

Optei por designar letras e números para essas famílias, seguida da identificação do grau de parentesco, de cada familiar, a fim de manter o seu anonimato. Designei a letra "F" para a palavra família e os números um e dois, respectivamente, a medida que as entrevistas foram se realizando com as diferentes famílias.

A família Um (F1) é constituída por três familiares, a mãe e dois filhos. O rapaz tem vinte e quatro anos, possui o primeiro grau completo e é portador de uma doença mental; sua irmã tem dezesseis anos e cursa o primeiro grau, à noite. A mãe trabalha como chefe de limpeza de uma empresa terceirizada. Moram num bairro afastado do centro da cidade, numa casa simples. Durante o dia, a mãe trabalha e os dois irmãos ficam em casa. No início dos nossos encontros, faziam duas semanas que o rapaz havia recebido alta hospitalar.

Marcamos, previamente, o dia do encontro no domicílio, agendando para o final de semana, no sábado, porque era mais conveniente para a família. Cheguei em sua casa no dia e horário marcados; a família foi bastante receptiva, embora me conhecessem há pouco tempo e, em seguida, propiciaram um ambiente favorável. Entretanto, optei por não realizar a entrevista naquele dia, para possibilitar uma maior aproximação entre a família e eu. Além disso, no domicílio, haviam outros familiares de visita, os quais não fariam parte da pesquisa. Fiquei na casa da família 1 em torno de três horas; ficamos conversando, informalmente, o que me possibilitou um maior entrosamento com a família, bem como a oportunidade de observar como se davam as relações familiares em seu contexto. Parecia uma família como outras famílias, constituindo-se ali em seu lar, um espaço de relações

afetivas, em que os seres que a compõem se apóiam e se protegem, preocupam-se com a saúde e o bem-estar de todos que fazem parte deste grupo e buscam maneiras de conviver o melhor possível com a facticidade da doença.

Antes de ir embora, marcamos o segundo encontro para o outro fim de semana. Nesse dia, os três familiares assinaram a autorização para a participação na pesquisa e a gravação dos dados. Após, iniciei a entrevista, realizando as mesmas perguntas para todos os familiares, na sala. Um dos familiares (F1-Irmã) mostrou-se apreensivo em dar algumas respostas, temendo o que poderia acontecer, posteriormente, na sua relação com o familiar portador de doença mental. Este, por sua vez, autorizou e estimulou que sua irmã dissesse o que sentia, afirmando que não ficaria chateado com as suas respostas.

Imediatamente após a realização das entrevistas, procedia a sua transcrição. Durante o período de dois meses, foram realizados mais três encontros, a fim de esclarecer algumas questões e complementar a coleta de dados com a F1. Cada entrevista realizada com a família girou em torno de duas à três horas.

A família Dois (F2) é constituída pelo pai, pela mãe e por duas filhas, sendo que a filha mais nova é portadora de doença mental e mora com os pais, é separada e tem dois filhos, um menino de nove anos e uma menina de dez anos que, no período da coleta de dados, estavam morando com os avós e com a mãe. Os pais são funcionários públicos aposentados. A filha mais velha tem em torno de trinta e cinco anos e cursou o terceiro grau. A filha mais nova tem em torno de vinte e oito anos, possui o primeiro grau completo e, desde que ficou doente, está sob a responsabilidade dos pais.

Como já havia realizado um trabalho, anteriormente, com essa família e por F1(filha) não estar mais freqüentando o Centro de Atenção à Saúde Mental, fui até sua casa e solicitei sua participação na pesquisa, explicitando seus objetivos. A mãe da familiar portadora de doença mental foi quem me recebeu e aceitou participar; deixamos marcados o dia e a hora da entrevista, conforme sua disponibilidade.

Desta vez, o dia marcado foi numa sexta-feira, á tarde. Chegando lá, soube que seus netos estavam morando com eles e que sua filha havia ido espontaneamente, internar-se no hospital psiquiátrico, por considerar que estava incomodando sua mãe. Seu esposo negou-se a participar da entrevista, justificando

que o casal convive com o problema da doença mental há muitos anos, e que estaria de acordo com o que sua esposa dissesse, não havendo necessidade dos dois darem as mesmas respostas. Ao chegar na casa, sentei na sala e fiquei conversando com as crianças, enquanto sua avó terminava seus afazeres. Antes de iniciarmos a entrevista, a mãe da familiar doente convidou-me para conhecer a casa, me ofereceu um café e voltamos para a sala. Iniciamos a entrevista após a mãe da familiar portadora de doença mental ter assinado a autorização para participar na pesquisa (Anexo 2). Realizei quatro encontros na casa da F2, mas a entrevista foi realizada apenas num dia. Retornei mais duas vezes à sua casa, para dar algumas informações que havia me solicitado.

Ao finalizar nossos encontros, levei uma flor para cada família. Pretendi simbolizar meu agradecimento e solidariedade em relação à disposição que tiveram em me receber e participar da pesquisa; mesmo diante da desorganização e reorganização familiar, pela qual estavam passando naquele momento, além de terem que expor, novamente, situações muito particulares de vida que exacerbaram sua fragilidade emocional.

Todos os encontros na residência de F1 e F2 foram agradáveis. No entanto, o que me trazia um certo desconforto era a dificuldade para marcar cada novo encontro. Como já referido, tinha a sensação de que mobilizar com os sentimentos da família, trazer à tona recordações dolorosas do seu passado, lhes causava sofrimento, necessitando de um tempo maior para poder se reestruturar e, então, permitir a minha pre-sença, novamente, em seus lares. Muitas vezes, esse “tempo” necessário causava-me angústia e eu tinha a impressão de que não seria possível continuar a realização das entrevistas.

Para a realização da entrevista, foi utilizada uma questão norteadora:

“– FALE-ME SOBRE: O QUE SIGNIFICA PARA VOCÊ, VIVENCIAR A DOENÇA MENTAL NA SUA FAMÍLIA?”.

Também, foram utilizadas algumas questões de suporte, que pudessem facilitar a compreensão de como é experienciar a doença mental na família, em seu mundo e no mundo do cuidado (Anexo 3).

4.2. A ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA

A entrevista realizada, de inspiração fenomenológica é um ver. Ver e observar, em uma entrevista dessa abordagem, é captar a maneira do ser de “vivenciar o mundo”. Ao mesmo tempo é:

(...) consciência de si, sem o que não poderia ter objeto. Na raiz de todas as nossas experiências e de todas as nossas reflexões, encontramos pois um ser que se reconhece imediatamente porque é seu saber de si e de todas as coisas, e porque conhece sua própria existência não por constatação ou por um fato dado ou por dedução a partir de uma idéia de si mesmo, mas por um contato direto com ela (Merleau-Ponty, 1971 apud Carvalho, 1987, p. 30).

Ver e observar, a partir de uma perspectiva fenomenológica, é ver e observar dentro do espaço e do tempo do ser. O espaço do ser é um espaço habitado que se mede pela amplitude da vivência e possibilidades de alcance e captação da sua visão de mundo. Esse espaço deve ser uma criação contínua. O tempo do ser é seu engajamento e consciência de si. Ver e observar, a partir do tempo do sujeito, é captar sua subjetividade. É poder conhecer essa subjetividade no seu movimento. É poder compreender o ser que significa “si mesmo para si”, em sua interioridade e ipseidade, que é a capacidade de referir-se a si mesmo e à própria existência. A consciência de si refere-se à consciência que o ser tem da sua maneira de estar no mundo e de se posicionar frente às situações da vida. Essa é a consciência que se pretendeu que emergisse da “entrevista fenomenológica”, para uma compreensão mais profunda do significado de vivenciar a doença mental na família (Carvalho, 1987).

Nesse tipo de entrevista, busca-se uma linguagem que seja “fala originária”,

ou seja, uma fala que possibilite o entrosamento com o outro ser e a comunicação com o mundo da família. Para se chegar à fala originária, aquele que escuta, recebe o pensamento da própria fala do outro, que responde à interrogação. A linguagem do ser interrogado ensina-se por si mesma; no seu discurso, percebe-se um sentido que transcende o emprego das palavras que exprime. É uma maneira singular, única, incomparável a qualquer outra, que pode ser a sua forma de existir e de estar no mundo, que é diferente dos outros seres humanos. Cada ser expressa, à sua maneira, o mundo, os outros, a existência, seu desemprego ou sua fome, seu trabalho ou seus afetos, seu desespero ou sua revolta.

Compreender o pensamento do ser, enquanto se realiza uma entrevista é entender o silêncio, que se apresenta como comunicação e que, também, é discurso, pre-sença e engajamento, fazendo nascer a reflexão profunda; esse silêncio não é cassação de palavras, mas imersão no ser que discursa. Não significa a incapacidade para falar, mas a possibilidade de parar o tempo por um instante e reaprender a vida, para tomar outras decisões, recriar novas formas de existência, reaprender a visão do passado e trazê-la ao presente de tal maneira que o ser possa reelaborar seu futuro, como um desenho novo do passado. Na entrevista de inspiração fenomenológica,

a ação é eminentemente compreensão, ou seja, a busca da razão do comportamento, não o confundindo com os motivos que o determinam, mas coincidindo com aquela decisão de ser do indivíduo que implica o seu comportamento. A autodeterminação é colocada na instância da vivência e, neste sentido, ela é uma liberdade que não é escolha, mas uma escolha de liberdade (Carvalho, 1987, p.43).

A interrogação, realizada neste tipo de entrevista, constitui o próprio movimento de perceber. Perceber é engajar, num só momento, todo um futuro de experiências, é crer num mundo. Pretende-se chegar à compreensão do problema fundamental do ser, projetando sua vida para um mundo que não é soma de gestos e sons, ou multiplicação de palavras, mas engajamento contínuo e ininterrupto às solicitações e exigências da vida cotidiana, através da linguagem; uma necessidade permanente de instituição do espaço humano e social, um estar pre-sente no mundo, nas coisas, no outro, na vida familiar e de trabalho, em tudo que represente

uma história vivida. A entrevista de inspiração fenomenológica cumpre sua missão se puder tornar a história de um ser humano relevante, fazendo com que este ser se levante em direção ao mundo, assumindo o seu ser-aí e seu poder ser e se puder decidir, diante das exigências da vida. Deve facilitar a busca do sentido, nos encontros entre a pesquisadora e os seres interrogados, através dos seus discursos.

Precisa-se do outro e da expressão da sua visão de mundo, enquanto dado em si mesmo, em sua liberdade de ser e de se fazer ver; essa liberdade é exercida no momento em que é vivenciada no espaço físico habitado pela entrevista. Trata-se de perceber plenamente o outro ser, através da intuição e da sensibilidade. Perceber o gesto do outro, em seu movimento, é captar uma imposição de sentido, reconhecendo, neste ser, a sua singularidade, além do seu engajamento e historicidade. A percepção do significado é uma situação mostrando-se e desvelando-se. Através da entrevista, realiza-se um investimento no ser-aí, assistindo ao seu nascimento; é ver surgir um novo ser que se encontrava submerso na escuridão da irreflexão.

Na entrevista, efetua-se a síntese de transição, que é a reflexão maior do ser humano que está sendo interrogado, quer dizer, é um deixar de “ser nada” para um “poder ser” e para um nunca “ser completamente”, pois é possibilidade de existência. É um estar pre-sente em plenitude, de cabeça erguida e não submisso. É abertura e visão do outro na reciprocidade e na solidariedade, em que o ser está por inteiro no seu interior e por inteiro no seu exterior .

4.3. ANÁLISE E COMPREENSÃO DOS DADOS

Heidegger retorna às raízes gregas da palavra *Phainomenon* ou *Phainestai e logos*. *Phainomenon* significa aquilo que se mostra, o manifesto, o revelado. “Pha, semelhante a phos, significa luz, brilho, aquilo em que algo pode se tornar manifesto, visível” (Espósito, 1997, p.79). Portanto, *phainestai e logos*, na fenomenologia, significam deixar que as coisas se manifestem como são, sem que projetemos, nelas, as nossas próprias categorias. Não é a pesquisadora que indica

as coisas, são as coisas que se nos revelam. Implica, ainda, que a interpretação não se funda na consciência e nas categorias humanas, mas, sim, na manifestação das coisas com que nos deparamos no mundo, da realidade que vem ao nosso encontro.

Heidegger põe no centro do inquérito fenomenológico, o ser na sua existência, a ontologia, o que solicita uma outra epistemologia em que o *logos* não seja visto como lógica, mas como discurso esclarecedor. Ao ser repensada, como uma fenomenologia hermenêutica, fundamenta-se na compreensão e interpretação pelas quais as coisas se mostram ao buscar tornar visível a estrutura do ser-no-mundo. Compreensão que, numa perspectiva voltada para as ciências humanas têm um sentido especial, pois refere-se ao poder de captar as possibilidades que cada ser humano tem de ser no contexto do mundo em que existe (Bicudo, Espósito, 1997).

Para Heidegger, o ser pode referir-se a pre-sença singular, a seres coletivos ou a humanidade. A análise fenomenológica é feita para elucidar a maneira particular do ser. O ser que é revelado não é meramente o ser de um objeto, mas o nosso próprio ser. Como uma floresta que não pode ser vista olhando só para as árvores, o ser é exaurido pelo ser-no-mundo real (Omery, 1995).

Ao se basear na estrutura prévia da compreensão, no pré-reflexivo e na ontologia, a investigação fenomenológica tem como objetivo fazer com que o ser interrogado se revele, sendo que o acesso à compreensão não pode ser buscado através da manipulação e do controle, mas através da abertura ao outro e ao mundo.

Na perspectiva das Ciências Humanas, tal como aqui se coloca, apoiada na trajetória fenomenológica hermenêutica, de compreender e interpretar os fenômenos humanos; compreender o significado para a família de vivenciar a doença mental implica em apreendê-la não apenas como um grupo social, mas, sim, como um grupo constituído de seres humanos com múltiplas possibilidades de se mostrarem e serem-no-mundo, a partir de uma disposição interior. Compreender a família foi a trajetória percorrida para que esta pudesse mostrar-se como ser-no-mundo.

Pensar o cuidado de maneira a estar-com-o-outro, de modo solidário e que envolva preocupação, exige repensá-lo como uma construção individual e coletiva,

dos profissionais consigo mesmos e destes com os seres-aí cuidados, portanto, tendo um movimento e perspectivas, a partir de uma situacionalidade que, nessa pesquisa, é desvelar o mundo da família que vivencia a doença mental em sua existência.

Para Espósito (1997), a hermenêutica não se trata de se ater à interpretação estrutural do texto, apenas na perspectiva da análise puramente lingüística, mas na procura do significado que a obra, enquanto produção humana, é capaz de expressar, a partir do contexto do qual emerge. Trata-se “daquele que lê” partir das experiências vividas e interpretá-las a luz do referencial filosófico adotado e da sua própria experiência enquanto sujeito que interroga. Ao se apropriar de um discurso, a pesquisadora se apropria também de uma proposição de mundo, de uma visada, de um horizonte.

Compreender é, pois, compreender-se diante do texto, passado, presente e futuro como horizonte e possibilidade. Há, pois, uma relação de aproximação e distanciamento. A compreensão torna-se, então, tanto desapropriação como apropriação. A partir do texto, subentende-se que o distanciamento é condição para a compreensão. A pesquisadora, ao fazer uso da fenomenologia-hermenêutica, procura explicitar o dito no texto, podendo e devendo “ir além do texto”, para encontrar aquilo que ele não diz e que, talvez, não pudesse dizer.

Toda interpretação está fundada na compreensão, isto garante o saber. Interpretar não significa o mostrar-se do fenômeno para a pesquisadora, mas, sim, o mostrar-se do fenômeno no seu em si mesmo. No entendimento de Heidegger: “ a interpretação é a recuperação da compreensão, e está fundada numa pré-compreensão, que é a tradição. Assim, o que cada um de nós é, em termos de possibilidade, tem seu solo na tradição cultural” (Lopes,Souza,1997,p.86). Compreender é, então, no pensar heideggeriano, captar o sentido como modos de ser. Na concepção heideggeriana, a hermenêutica é entendida como uma teoria da compreensão e da interpretação. Essa interpretação ultrapassa o texto em busca do seu sentido velado. A pesquisadora interroga, de maneira meditativa, sobre o que o texto não disse. Entendida como a via de acesso para o des-velamento do ser, a analítica existencial da pre-sença torna-se o ponto de partida para a discussão do problema. A pesquisadora parte para a descrição da ex-istência, desenvolvendo os momentos essenciais, isto é: “os modos de ser do acontecer humano em sua

cotidianidade” (Lopes, Souza, 1997, p.86).

Para Capalbo (1996), a hermenêutica constitui-se na tentativa de explicar e de interpretar a existência de um ser, o pensamento situado. A fenomenologia, enquanto hermenêutica, pretende interpretar esta existência, este pensamento situado. A existência é prê-dada à reflexão. A tarefa da reflexão é a de tentar colocar, de modo claro, as estruturas desta existência, assim como captar a sua significação. O que interessa na interpretação é a dimensão da significação e do valor do texto. A partir de Capalbo (1996), Motta (1997) e Crossetti (1997), o processo de análise e interpretação dos discursos realizou-se como se apresenta a seguir:

Leitura Inicial do Texto - esta foi a primeira etapa da análise e teve por objetivo iniciar uma compreensão genuína dos discursos, ou seja, perceber os primeiros significados advindos dos discursos das famílias. Esta leitura foi realizada várias vezes, até emergirem os primeiros significados de vivenciar a doença mental na família. Após apreender os significados, iniciei o processo de organização dos dados. Este primeiro passo possibilitou uma visão daquilo que eu buscava desvelar, a partir do que emergiu dos discursos.

Distanciamento - após a realização da leitura inicial, busquei exercer um afastamento, em que o meu juízo pessoal foi suspenso, abstendo-me de preconceitos e crenças sobre os discursos, para me submeter ao texto e acolher o material fornecido pelos discursos.

Análise dos Discursos - nesta etapa, procedi à síntese em direção da significação e do valor do texto. Nela, incluí, também, uma leitura profunda e crítica do que apareceu nos discursos. Por isso, compreender um texto não significa reproduzir o que pensava o autor ou fazer um inventário histórico do pensamento passado. Compreender envolve um apreender atual que se faz na historicidade da nossa existência. A interpretação é a manifestação e a restauração de um sentido que nos é dirigido sob a forma de uma mensagem, tendo duplo significado: um que é dado, manifesto, e outro que é escondido, latente. O significado desvelado foi tematizado e compreendido, o que fez emergir os temas e subtemas dos discursos

daquele momento existencial para a família do ser-aí portador de doença mental, naquela realidade vivida por eles. De acordo com Boemer (1994), a leitura dos discursos inclui mensagens implícitas e explícitas, verbais e não verbais, alternativas e contraditórias; os temas vão sendo determinados em função do exame dos dados e de sua contextualização. Estes temas foram, freqüentemente revistos, reformulados e questionados, à medida que a análise se desenvolveu.

Identificação do Que Se Encontrava Velado - esta etapa do processo de análise compreendeu a criação de uma outra linguagem que desvelou um novo significado, até então, implícito no cotidiano dessas famílias e que foram explicitados através da interpretação hermenêutica. Nessa etapa, foram definidos os subtemas, que culminaram em quatro grandes temas, a partir do referencial teórico utilizado.

Apropriação - esta etapa foi responsável pela finalização da análise e interpretação hermenêutica. O sentido dos discursos, antes obscuros, passaram a frente do texto, tornando-se mais visíveis. Para Crossetti (1997, p.49), "O ato de apropriação, como o próprio termo diz, é quando a pesquisadora se apropriou do que é desvelado dos discursos e está apta para a compreensão da metáfora". A apropriação acontece a partir da compreensão dos discursos que expressam as experiências vivenciadas pela família do ser-aí portador de doença mental, á luz de Heidegger.

A seguir, apresento, de modo esquemático, como se deu a organização dos dados. Primeiramente, foram determinados os subtemas e posteriormente, os temas a fim de facilitar a compreensão:

- MODOS DE SER DA PRE-SENÇA:

Afetividade

Autenticidade

Inautenticidade

Espacialidade

Impessoalidade

- PERCEPÇÃO SOBRE O CUIDADO:

A Realidade do Cuidado No Mundo do Hospital Psiquiátrico
A Relação Com os Profissionais de Saúde

- SER CUIDADO

Preocupação
Tranquilidade No Ambiente Familiar

- NECESSIDADES QUE EMERGEM AO VIVENCIAR A DOENÇA MENTAL

Conhecimento
Afetividade
Linguagem
Poder-Ser

Apresento então, o capítulo denominado Análise dos Discursos em que são explicitados os temas e subtemas que emergem dos dados.

CAPÍTULO V

ANÁLISE DOS DISCURSOS

“ O primeiro passo para o sucesso nas profissões relacionadas à saúde do ser humano é ter uma boa compreensão deste ser, das suas necessidades, capacidades e desejos”.

(Olivieri, 1985, p. 15)

ANÁLISE DOS DISCURSOS

Neste capítulo, procuro apresentar o significado de vivenciar a doença mental na família, a partir dos discursos analisados à luz do referencial existencialista de Heidegger. Para tanto, busquei uma fundamentação na obra do próprio filósofo e nos pensamentos de outros autores: Motta(1997), Crossetti (1997), Lopes,Souza (1997), Olivieri (1985), Trotignon (1965) e Stein (1990), que já se utilizaram e interpretaram seu pensamento. Também, foram utilizados autores da área de saúde mental, que pudessem dar uma maior sustentação teórica aos dados e favorecer sua compreensão, entre eles: Costa (1998), Pastore (1996), Gullar (1999), Peixoto (1996), Belmonte et al (1998), Silva et al (1998), Saide (1996), Goldberg (1996), Rottelli (1994).

5.1. MODOS DE SER DA PRE-SENÇA

Para Heidegger (1997, v.1), elaborar a questão do ser significa tornar transparente um ente, o que questiona em seu ser. Como modo de ser de um ente, o questionamento dessa questão acha-se essencialmente determinado pelo que nela se questiona, pelo ser. Esse ente que cada um de nós somos e que, entre outras, possui em seu ser a possibilidade de questionar, é designado com o termo pre-sença. A pre-sença se compreende em seu ser, isto é, sendo:

“É próprio deste ente que seu ser se lhe abra e manifeste com e por meio de seu próprio ser, isto é, sendo. A compreensão do ser é em si mesma uma determinação do ser da pre-sença” (Heidegger, 1997, v.1, p.38).

De acordo com o seu modo de ser, a pre-sença tem a tendência de compreender seu próprio ser a partir daquele ente com quem ela se relaciona e se comporta, a partir do mundo. O modo de ser refere-se à maneira como a pre-sença se empenha no mundo, pelo ser que lhe serve de base: “todas as estruturas ontológicas da pre-sença e também o fenômeno que responde à pergunta quem, são modos de seu ser. (...) A pre-sença é o ente que sempre eu mesmo sou, o ser é sempre meu. (...) O quem responde a partir de um eu mesmo, do sujeito, do próprio” (Heidegger, 1997, v.1, p.164-165).

Estes modos de ser da pre-sença manifestam-se através da:

5.1.1. Afetividade

A convivência cotidiana caracteriza-se por um constante estar com os outros. O ser-aí não apenas “é” e “está” no mundo, mas também se relaciona com os outros seres humanos: “Neste estar frente a frente, abre-se para o mundo, toca e se deixa tocar por outros, sendo pois atingido por esta situação. Fato este que, na analítica existencial heideggeriana, refere-se ao encontrar-se ou a afetividade” (Crossetti,1997, p.75).

Para Heidegger, nos encontramos sempre numa situação afetiva, ou seja, estamos no mundo sempre em um determinado estado de ânimo. As experiências, pelas quais os seres humanos passam, não acontecem sem nenhum significado; muito pelo contrário, elas podem ser agradáveis, prazerosas, temíveis ou indiferentes; determinam o nosso modo de ser e como nos sentimos no mundo, tristes, alegres, tranquilos ou com medo. A pre-sença como disposição refere-se aos afetos e sentimentos, ao estado de humor: “O humor revela como alguém está e se torna” (Heidegger,1997, v.1, p.188).

Quando a família de um ser-aí portador de doença mental propõe-se a atribuir um significado à experiência que vivencia, geralmente, emergem vários

sentimentos que envolvem o seu modo de ser-no-mundo. Os sentimentos desvelam-se pelo sofrimento ao vivenciar a crise aguda da doença e pela tristeza quando conhece o diagnóstico.

“Ah, fiquei triste, porque eu achei que, pô o meu irmão vivia sempre bom comigo, está certo, ele era chatinho de vez em quando, mas era um irmão que fazia coisa boa para mim, me ajudava no colégio, era brabo, mas era para o meu bem que ele fazia as coisas, então eu fiquei triste. Pô, o meu irmão mudou, de repente ele mudou, assim ... virou completamente” (F1- Irmã).

Por vezes, até mesmo apresenta uma certa ambigüidade de sentimentos, que se manifesta em determinados momentos, em decorrência das atitudes agressivas do seu familiar doente, sentindo impotência e mágoa, pois não entende o porquê de ser agredida. Existe o reconhecimento de que o familiar portador de doença mental é uma pessoa boa, quando fora da crise, talvez, pela dificuldade em aceitar as manifestações da doença durante a crise. Tais sentimentos são evidenciados no seguinte discurso:

“O mano, já não é tanto... é meu amigo, me trata bem quando não está doente, porque quando está doente é uma coisa ... é uma fera comigo, mas quando está bem, não, é meu amigo. (...) Eu sei que não é dele aquilo, eu entendo. Até, de vez em quando, fico meio chateada ... mas eu entendo. A mãe fala comigo, conversa, diz que não é dele, aí eu entendo, sei que quando ele está bom, não é assim ... desse jeito, não, então eu não dou bola” (F1- Irmã).

Quando a família assume o cuidado do seu familiar, provavelmente, traz consigo a disposição para oferecer alguns elementos essenciais da vida, tais como, carinho e atenção, que são indispensáveis no modo eficiente de cuidar e, na maioria das vezes, não são encontrados na relação do ser-aí portador de doença mental com o profissional de saúde, que não está imbuído dessa disposição. Disposição para Heidegger, ontologicamente refere-se ao: “estado de humor. O humor revela como alguém está e se torna. (...) O humor não vem de fora, nem de

dentro, ele cresce a partir de si mesmo, como modo de ser-no-mundo” (1997, v.1, p. 190 -191).

A disposição da família em cuidar do seu familiar doente, como um dos modos de vivenciar a doença mental, constitui-se num modo eficiente de cuidado, porque ela se envolve e se preocupa com a dor e o sofrimento do seu familiar, oferecendo-lhe apoio e solidariedade. Quando a família cuida do seu familiar de modo eficiente, sua presença torna-se imprescindível para a recuperação do ser-aí portador de doença mental. O cuidado, nesta condição, significa oferecer a ajuda que seu familiar necessita, auxiliando-o no seu fortalecimento, num momento de fragilidade emocional como ocorre na manifestação da doença mental.

Nas primeiras vezes em que ocorrem as crises agudas, geralmente, a família, apesar do medo, sente-se mais esperançosa, pois o desconhecimento do diagnóstico da doença e/ou do seu possível significado, permite, ainda, a crença na cura e sua maior preocupação gira em torno desta possibilidade. A visualização do seu familiar como alguém que, aparentemente, voltou ao “normal”, completamente recuperado após a primeira internação, parece servir como um suporte que sustenta esta esperança:

“Eu acho que, das primeiras crises que deu nele, quando ele voltou, eu me sentia mais segura do que agora. Eu não sabia o que ele tinha, então eu dizia assim: meu filho deu alta, está curado. Agora, eu não tenho sossego como das outras vezes, porque eu sei que ele deu alta, mas não está curado” (F1- Mãe).

Entretanto, este sentimento de esperança tende a desaparecer quando o diagnóstico médico lhes é comunicado. Aos poucos, pode emergir, novamente o sentimento de esperança quanto à cura, como mais um recurso para fortalecer sua existência diante da facticidade da doença; essa esperança é reforçada quando o familiar portador de doença mental apresenta manifestações de um comportamento socialmente aceitável, diferente daquele manifestado na crise aguda. Novamente, emerge a crença de que, talvez, seu familiar possa recuperar-se totalmente e voltar a ser, como era, anteriormente à doença:

“Ele tem um problema sim, eu não acredito que ele não vai ter cura, para mim isso aí tem cura. Eu tenho uma pessoa que tem um problema mental, só que eu não acredito que seja só um problema mental, eu acho que isso aí tem cura, tanto que agora, a gente vê que ele está normal. Se bem que, ele já teve um ano sem ter nada, nada, super normal, trabalhando e tudo e voltou a ter crises de novo, só que, a meu ver, eu acho que isso aí tem cura”(F1- Mãe).

“... a gente achava que aquilo ia passar, ela saiu muito bem a primeira vez, só a primeira vez”(F2- Mãe).

A esperança de cura é ainda o sentimento que estimula a família a lutar contra a doença do seu familiar. A família, freqüentemente, sente-se impotente e despreparada em relação ao que fazer para melhor cuidar do seu familiar quando este entra em crise, reconhecendo que é possível manter uma boa convivência com ele, desde que siga corretamente o tratamento. Quando a esperança faz parte dos sentimentos da família, esta constitui-se num dos caminhos para continuar lutando pelo bem-estar do seu familiar portador de doença mental, acreditando que, se ele voltou para casa bem, não há porque considerá-lo como doente. A esperança faz com que a família espere um futuro melhor do que o atual para seu familiar doente. Para Heidegger, o caráter de humor reside em ter esperança, “Aquele que tem esperança se carrega, a si mesmo para dentro da esperança, contrapondo-se ao que é esperado” (1997, v.2, p.143). A família carrega consigo a esperança, também como um suporte, ampliando sua visão em relação a doença, no sentido de acreditar que, após a superação da crise aguda, provavelmente seu familiar terá condições de ser-no-mundo, com múltiplas possibilidades de ser, não aprisionando-o ao diagnóstico médico, mas, pelo contrário, liberando-o para poder ser. Enquanto a família mantiver a esperança como suporte para enfrentar a doença, muitos caminhos poderão ser percorridos em busca da saúde mental de todos na relação familiar.

No decorrer das reinternações, a família vai percebendo que, talvez, a cura não ocorra, acreditando, também, que seu familiar possa ter uma boa qualidade de vida, desde que assuma o tratamento como parte integrante da vida atual. Por vezes, vem a falta de esperança na cura que, também, é um modo de ser autêntico da família que vivencia a facticidade da doença. Heidegger (1997, v.2, p.15),

considera que a falta de esperança, “não retira a pre-sença de suas possibilidades, sendo apenas um modo de ser para essas possibilidades”, pela autenticidade aí presente no reconhecimento da doença.

O modo de ser autêntico da família que se angustia frente ao desconhecimento da doença mental, despreparada para enfrentar o problema, faz com que perca a esperança da cura, num primeiro momento, considerando a doença como sinônimo de finitude da existência do seu familiar:

“... queria alguém para me socorrer, um médico para chegar e me esclarecer o que é isso aí, será que tem cura, será que não tem, eu ainda não cheguei nesse ponto aí” (F1- Mãe).

“Eu acho que, das primeiras crises que deu nele, quando ele voltou, me sentia mais segura do que agora. Eu não sabia o que ele tinha, então eu dizia assim: meu filho deu alta, está curado. Agora, eu não tenho sossego como das outras vezes, porque sei que ele deu alta, mas não está curado” (F1- Mãe).

Numa visão heideggeriana, a cura são as infinitas possibilidades que proporcionam ao ser-aí encontrar-se consigo mesmo e reconhecer aspectos para o seu poder-ser, existindo e respondendo à sua existência com autenticidade, mostrando-se como ser detentor de vontade e decisão próprios. Heidegger considera que a cura constitui a totalidade do todo estrutural da pre-sença, “Entretanto, o momento primordial da cura, o ‘preceder-a-si-mesma’, significa que a pre-sença existe cada vez, em função de si mesma. ‘Enquanto ela é’ e até o seu fim, a pre-sença se relaciona com o seu poder ser” (1997, v.1, p.15).

Para Heidegger, todos os comportamentos e atitudes são dotados de cura e guiados por uma dedicação, “A cura é aquilo a que pertence a pre-sença humana enquanto vive” (1997, v.1, p.264). Ele insiste que é preciso pensar a preocupação, a ocupação e a dedicação como cura, o que significa que esta pode encontrar-se em todo comportamento e situação da vida humana. A cura, numa visão heideggeriana, pode ser proporcionada por um cuidado eficiente que favoreça ao ser humano ter um projeto de vida, assumindo o seu ser, tornando-se livre para reconhecer e escolher suas próprias possibilidades. Para o ser-aí portador de doença mental,

provavelmente, esta pode acontecer quando ele vivencia sua doença de modo autêntico, reconhecendo que é necessário cuidar-se e responsabilizar-se por si, para ter uma boa qualidade de vida.

Quando a família reconhece que seu familiar pode e deve ficar consigo, em seu lar, possivelmente, já está percebendo a cura da qual Heidegger nos fala: "Dasein é um poder-ser no tempo, que não se limita ao que foi ou ao que é. É um ente destinado a ser-mais, a ser projeto, de acordo com suas possibilidades" (Lopes, Souza, 1997, p.91). A própria existência do ser-aí portador de doença mental, pode lhe conferir a capacidade de superar e enfrentar a doença, desde que receba a ajuda daqueles que queiram se empenhar na busca da sua saúde, entre eles, os profissionais, a família e a comunidade, reconhecendo suas possibilidades de ser-no-mundo que, provavelmente, se encontram encobertas pela doença. Esse tempo do seu poder-ser refere-se à maneira do ser humano engajar-se no mundo.

A preocupação com o bem-estar do seu familiar pode ser uma constante na existência destas famílias, buscando, em suas tomadas de decisão, confortá-lo. O cuidado parece constituir a essência da relação com o outro neste convívio cotidiano, sendo considerado como prioritário diante de qualquer outra situação que possa vir a ocorrer em suas vidas. Esta preocupação evidencia-se no contato direto com as famílias que vivenciam o processo de doença com profunda dor; referem, por vezes, sentir-se também doentes ou, até mesmo, adoecem por não saberem lidar com aquilo que reconhecem como problema, mostrando-se inseguras quanto ao que fazer diante de um ser que amam e que, aparentemente, não melhora frente ao cuidado prestado:

"Foi muito doloroso, doeu muito, muito, ainda está doendo, porque eu só me sinto bem quando ele está, como está agora ... que ele está bem, que ele se cuida, ele mesmo toma banho. Ele está bem, eu estou super bem, agora, quando ele está em crise, para mim parece que o mundo desabou em cima de mim. Sinto que eu fico doente, fico me segurando para poder segurar as pontas dele, mas sinto assim, que eu estou doente, então fico procurando muita ajuda" (F1- Mãe).

“Eu pensava: será que ele vai ser sempre assim? Será que ele não vai curar mais? Então, eu ficava pensando: tomara que ele cure, vivia rezando, vivia pedindo, até eu chorava, não falava para mãe. Eu estava sempre pedindo para ele voltar para casa e graças a Deus, ele sempre voltou bem” (F1- Irmã).

Ao deparar-se com o diagnóstico da doença mental, além dos vários sentimentos envolvidos, a família, algumas vezes, acredita não poder sonhar mais com um futuro próspero, uma vez que o enfrentamento da loucura parece dar a sensação de limitação total em relação ao poder-ser da pre-sença que tem este diagnóstico. Ao mesmo tempo, a visão da doença mental como invalidez e incompetência, presente nos profissionais, na família e na sociedade, em geral, contribui para reforçar, cada vez mais, a desesperança e o descrédito no por vir do ser-aí portador de doença mental. Provavelmente, enquanto houverem pessoas pensando desta forma, mais difícil será buscar o potencial deste ser-aí portador de doença mental e ajudar na reestruturação da família.

A própria família reconhece que a recorrência da manifestação do surto psicótico pode levar à perda daquele ser, até então, considerado como “normal”. Arelado a isto, vem a angústia de não reconhecerem melhoras no seu familiar, por vezes, acreditando que não há mais esta possibilidade em sua existência. Acreditar na potencialidade do ser-aí portador de doença mental é pré-condição para que ele possa se mostrar.

A tomada de consciência da existência da doença mental na família, na maioria das vezes, processa-se ao longo dos anos desta convivência, permitindo à família ter uma nova percepção em relação à doença, levando-a a reconhecer que, provavelmente, as perspectivas de cura não existem mais. Entretanto, parece haver uma melhor aceitação desta situação, desde que o seu familiar doente possa ser-no-mundo. Essa co-existência autêntica da família com seu familiar portador de doença mental pode representar a pre-sença deste ser-aí como cura, pois procura encontrar caminhos que possam ajudá-lo a viver bem no mundo, apesar da doença, constituindo-se, também, em um modo autêntico de vivenciar essa facticidade.

A conscientização da família lhe permite voltar a reestruturar-se e, freqüentemente, prioriza o cuidado do seu familiar doente. A doença provoca uma agressão na vida dos seres humanos afetados por ela, tornando o futuro incerto (Olivieri, 1985). A incerteza provocada pela doença mental é, na maioria das vezes,

desgastante para a família que cuida do familiar doente, porque não sabe se pode ter uma perspectiva melhor de futuro, já que a melhora do seu familiar depende, em grande parte, do seu desejo em engajar-se no cuidado. Esse cuidado inclui uma variedade de cuidados, entre eles, a terapia medicamentosa, o acompanhamento pelo profissional de saúde, a disponibilidade da família e da comunidade, para que juntos possam ajudar o ser-aí portador de doença mental de maneira significativa. Faz-se necessário, também, que a família seja cuidada para adquirir coragem e forças de modo a continuar cuidando do seu familiar portador de doença mental.

Entretanto, para que a família possa ser cuidada, é necessário o reconhecimento da condição de estar doente do seu familiar, para poder vivenciar esta experiência com autenticidade.

5.1.2. Autenticidade

Diante da facticidade da existência, o ser humano tem duas possibilidades, assumi-la ou negá-la. Entretanto, ser autêntico significa aceitar sua situação de vida, tendo a responsabilidade pessoal sobre seu próprio destino. A partir da sua situação existencial, o ser humano reflete, buscando viver o melhor possível nesta nova condição de vida que, neste estudo, é a doença mental. Ser autêntico é, também, ser ele mesmo, na sua existência. É quando o ser-aí enfrenta os desafios da situação que se apresenta, mesmo com as possíveis limitações que possam surgir.

A angústia entendida como sinal de autenticidade é o recurso pelo qual, a pre-sença pode compreender a si mesma. Para Heidegger (1997, v.1), a angústia singulariza a pre-sença em seu próprio ser-no-mundo que, na compreensão, se projeta para possibilidades. A angústia abre a pre-sença como ser-possível, assumindo, com autenticidade, seu poder-ser. Se, através da angústia, o ser humano pensa sobre sua existência concreta e tem consciência da sua situação, enfrentando-a. A angústia revela-se, então, como a possibilidade para um existir autêntico.

A família expressa a experiência de ser familiar de uma pessoa com doença

mental, como uma imposição da vida, cuja única alternativa que lhe resta é aceitar. Ao longo dos anos de convívio com o ser-aí portador de doença mental, a família vem percebendo-o como “alguém diferente”. Na maioria das vezes, no entanto, não busca investigar o porquê deste comportamento; respeita esta diferença, como parte e característica da sua individualidade, desconhecendo, provavelmente, as possíveis conseqüências que um comportamento “estranho” pode trazer na vida adulta deste ser:

“Ele sempre foi um guri muito fechado, nunca chegou, sentou e disse: mãe, eu estou com esse problema ou com aquele problema, nunca. Sempre, desde pequenininho ele foi fechado. Ele é uma pessoa diferente da gente, porque é muito calado. Conosco dentro de casa, ele se dá bem, não sei se ele sente se dando bem, mas se dá bem. Ele era bem mais carinhoso, antes de ter esse problema, não era mana? Era bem mais, depois que teve esse problema, ele ficou mais frio. Ele sempre foi um pouquinho diferente nesse lado aí” (F1- Mãe).

A família reconhece que sua existência e o seu próprio cuidado, tornam-se secundários ao cuidado do seu familiar. Após o impacto inicial da doença, em que nega e procura fugir da facticidade presente em sua existência, caracterizando um modo inautêntico de vivenciar o problema, posteriormente, parece conseguir alcançar outra organização interna e externa, compreendendo o processo vivido. O reconhecimento da doença no meio familiar é um modo autêntico de vivenciar a doença; a família faz-se pre-sença com o familiar doente, aceitando-o, independente do que está por vir ou do seu prognóstico, compartilhando o ser-com de modo eficiente, porque se sente tocada pelo seu sofrimento, preocupando-se com ele e ficando junto a ele. Para Heidegger (1997, v.1, p.170), o ser-no-mundo determinado pelo “com” é, “sempre o mundo compartilhado com os outros. O mundo da pre-sença é mundo compartilhado”. O discurso abaixo mostra que, aos poucos, a família começa a vivenciar a doença mental com autenticidade:

“Eu acho assim: é uma coisa que me foi imposta pela vida, pela situação que se apresentou e daqui para frente, acho que eu tenho mais é que aceitar. A princípio a gente não aceita, é uma situação que a gente rejeita, não tem vontade de ver aquilo ali, mas com o passar do tempo a gente vai se conscientizando que aquilo é uma coisa que aconteceu, como acontece com várias pessoas, que não sou só eu no mundo que enfrenta essa situação. Então a gente tem mais é que procurar viver aquilo ali dentro das possibilidades que se apresentam, muitas vezes deixando de lado o modo da gente sobreviver” (F2- Mãe).

A medida que a família do ser-aí portador de doença mental consegue expressar, para o mundo circundante, os seus diferentes sentimentos diante da doença, estes passam a constituir um modo de ser próprio da pre-sença. A manifestação desse modo de ser da família é autêntico, na medida em que acolhe a angústia de estar lançada no mundo com um familiar portador de doença mental. A família tenta compreender a si mesma e seus sentimentos diante dessa nova situação, tentando, também, rever sua trajetória de vida, modificando sua visão de mundo, em que, detalhes que, anteriormente, eram muito significativos, começam a se tornar irrelevantes frente a dimensão da doença mental.

Para Heidegger (1997, v.1), a compreensão da pre-sença de si mesma e das suas possibilidades, só é possível, a partir da sua existência, “A pre-sença sempre se compreende a si mesma a partir da sua existência, de uma possibilidade própria de ser ou não ser ela mesma” (p.39).

Inicialmente, ocorre uma negação da condição de ser doente. A família reconhece sua dificuldade em admitir a condição do seu familiar como portador do diagnóstico de doença mental. Porém, quando começa a aceitar a doença, percebe sua existência vinculada e condicionada ao estado de saúde do seu familiar, considerando que ele se tornou a referência principal para a tomada de decisões em sua vida. Esta aceitação é comparada à perda de um membro do corpo em que, apesar de existir a doença física, a alternativa que encontram é resignar-se e continuar vivendo. O processo de aceitação da doença encontra-se no discurso abaixo:

“É muito difícil aceitar. (...) No decorrer do tempo, a gente vai vendo que tem que aprender a sobreviver, a viver essa situação, se não, como é que a gente vai fazer? Como todas as situações, é a mesma coisa que tu perder uma perna, perder um braço, tu vais ter que colocar uma prótese, uma muleta para poder continuar caminhando, claro que não é perfeito como sendo o teu braço, do teu próprio corpo, mas tu tens que continuar, sem um braço, sem uma perna, de muleta ou com uma prótese, tens que continuar caminhando, é o mesmo significado que eu tiro da vida” (F2- Mãe).

Ao ver-se no mundo com um familiar doente, emergem muitos sentimentos, entre eles, a culpa, que está relacionada a responsabilidade (Motta,1997). Provavelmente, este sentimento surge porque, especificamente, a doença mental pode levar a família a refletir e (re)avaliar a sua maneira de agir com o familiar doente, ao longo desta convivência, vindo à consciência o que poderia ter sido feito ou não para evitar a doença. Começam a ruminar pensamentos em relação ao “erro”; principalmente os familiares mais próximos afetivamente e responsáveis pelo cuidado deste ser, questionando-se: onde é que eu errei? Buscam respostas para a “catástrofe” declarada em suas vidas. Atrelado a isto, muitas vezes também, os profissionais de saúde, com sua intervenção, ao fazerem determinados questionamentos ou estabelecerem relações entre as manifestações do familiar doente e o comportamento do grupo familiar, podem reforçar tal sentimento, gerando maior mal-estar e insegurança na família que está bastante fragilizada frente à problemática vivenciada. Quando o sentimento de culpa é reforçado pelas ações dos profissionais, parece deixar mais claro ainda, o quanto esta relação de responsabilidade encontra-se fracassada, gerando maior sentimento de impotência e de desvalor em relação ao cuidado prestado pela família ao seu familiar:

“ A maioria dos profissionais de saúde não estão preparados para atuar na área de psiquiatria, pois a maioria deles não têm nenhuma preocupação com os sentimentos experimentados pela família do doente mental, só sabem nos culpar pela doença” (F2- Mãe).

Ainda, a relação familiar pode ser percebida como sendo satisfatória, possivelmente, pela compreensão e solicitude que a família tem com o seu familiar. Existem os atritos, mas estes, em geral, são considerados como normais nas relações familiares.

“ É uma relação boa. Sempre existe, claro, um atrito, alguma coisa, mas normal. (...) Ela volta e meia diz que me ama, me abraça. Com o pai, também. Ela sente saudades dele quando existe alguma distância, ela sente falta, ela diz para mim. Quer dizer que a gente se ama, mas não está toda hora dizendo” (F2-Mãe).

No processo de enfrentamento da condição de doente, o familiar portador de doença mental, também, inclui-se como um ser-aí que precisa conscientizar-se sobre o fato de estar doente, para poder colaborar com o seu tratamento, apropriar-se da sua pre-sença e tornar-se, cada vez mais, responsável pelo seu próprio cuidado. O conscientizar-se da doença parece significar um amadurecimento do ser-aí portador de doença mental. A partir da compreensão do que aconteceu, previamente, com o seu ser, começa a encontrar novas possibilidades para vivenciar sua doença de maneira mais segura, fazendo sua própria escolha em relação ao que é melhor para sua existência. Para Heidegger (1997, v.1, p. 54-57),

A consciência dá ‘algo’ a compreender, ela abre. (...) O clamor da consciência possui o caráter de aclamação da pre-sença para o seu poder-ser-si-mesmo mais próprio. (...) Ao clamor da consciência corresponde a possibilidade de uma escuta, o que caracteriza-se como um querer-ter-consciência. (...) Só é atingido pelo clamor quem se quer recuperar.

Entretanto, quando o ser-aí portador de doença mental, pelos mais variados motivos, nega-se a reconhecer que está doente como uma facticidade na sua existência, provavelmente, mais distanciado estará da realidade externa, favorecendo a cronificação da sua doença.

Quando o ser-aí portador de doença mental consegue apropriar-se do seu eu atingido pela doença, compreendendo o seu significado, em sua vida, pode ocorrer o reconhecimento da sua própria capacidade para relacionar-se com os outros e

com o mundo. Permitir encontrar-se consigo mesmo, provavelmente, seja difícil para quem já tem dificuldades em estabelecer uma relação com os outros, especialmente, se, muitas vezes, não consegue responder às exigências do mundo externo, nega sua existência, encontrando, na loucura, uma forma de fugir de si mesmo e do que lhe gera ansiedade ou temor. Ao assumir sua angústia, compreendendo o modo de vivenciá-la, de maneira a, também, conseguir superá-la, sua vivência torna-se autêntica. O discurso do ser-ai portador de doença mental revela sua maneira autêntica de vivenciar a doença:

“Eu mudei, consegui encarar a doença de frente, sou consciente que eu sou doente. Antes eu era consciente que tinha crises, passava, tá tudo bem, a primeira vez que eu vim para casa, achei que estava bom. Agora, sou consciente que eu tenho uma doença, que ela é lenta, progressiva, mas eu tenho. Antes, era birrento, não tomava remédio, não fazia isso, não fazia aquilo. Hoje não, eu tomo o remédio” (F1- Filho).

Outro sentimento que ocorre, durante a internação de um familiar portador de doença mental, é a angústia frente à lembrança do que pode estar sendo vivenciado no hospital psiquiátrico pelo seu familiar. Há referências ao medo e à insegurança, além da certeza de que seu familiar não está sendo bem cuidado pela equipe de saúde, constatado pelo descuido identificado na sua imagem corporal:

“Eu não aceito meu filho preso, não quero ver meu filho no hospital. É o fim do mundo. O jeito que eles ficam ali dentro: ficam sujos, vão tomando a medicação e vão ficando sequinho ... o meu filho não pode estar ali” (F1- Mãe).

A angústia frente à internação hospitalar decorre, também, da alteração do ritmo de vida da família, da desestruturação do seu cotidiano, caracterizada por sentimentos de cansaço e desgaste.

“Angústia, porque eu passei muito trabalho com o mano baixado, eu trabalhando, correndo para lá e para cá. Eu sinto cansaço no corpo, canso a cabeça da correria” (F1- Mãe).

Como já referido, a família manifesta angústia, aversão e pânico frente à necessidade de hospitalização do seu familiar doente. Frente à angústia, emerge a necessidade e o desejo da família preparar-se para cuidá-lo, sentindo-se mais instrumentalizada para realizar tal cuidado e poder prevenir a internação. Buscam, através dos meios que dispõem, evitar a manifestação da doença e uma nova descompensação do seu familiar, pois, comumente, a sua hospitalização ainda é reconhecida como o único recurso disponível para a família lidar com o problema.

O pânico diante da internação hospitalar surge como um modo inautêntico da família vivenciar essa situação, antecipando o temor que está por vir. Já, a angústia é um modo autêntico da família vivenciar a internação, porque, provavelmente, através dela busca suas possibilidades para cuidar de forma que não precise internar seu familiar doente. A angústia, provavelmente, mobilize a família para tentar construir um novo projeto de vida, que inclua o ser-aí portador de doença mental, com suas possibilidades e limitações, junto aos familiares. Para Heidegger (1997, v. 1), a angústia, enquanto disposição, é um modo de ser-no-mundo: “A angústia remete a pre-sença para aquilo pelo que a angústia se angustia, para o seu próprio poder-ser-no-mundo. A angústia abre a pre-sença como ser-possível. (...) A angústia se angustia com o ser-no-mundo lançado; a angústia se angustia pelo ser-no-mundo. A angústia mostra a pre-sença como ser-no-mundo que de fato existe” (1997, v.1, p. 251-255). Essa angústia singulariza a pre-sença da família como ser-no-mundo da doença, que busca encontrar caminhos que facilitem a convivência com o familiar portador de doença mental:

“Se eu não sei como lidar vai ser difícil, então gostaria de saber como lidar com isso aí. Eu acho que se me explicar o que fazer, eu poderia fazer em casa, para não dar esse tipo de problema. Ninguém me disse isso aí, como eu poderia lidar para não precisar levar ele para lá. (...)Esses tempos, há umas três semanas atrás, deu uma crise nele, aqui dentro de casa e eu fiz carinho nele, fui socorrer ele, do modo que eu sabia, para ver se não precisava sair correndo para o hospital e consegui. Ele tirou a roupa lá na rua, ficou brabo, lutando, entrou em casa, deu socos na parede, se encerrou no banheiro e começou a dar socos, aí eu fiz carinho, conversei com ele, mas não sei se é isso aí que tem que fazer. E se ele reagir mais? Se ele tentar lutar comigo, o que eu faço? Ninguém me diz o que que eu posso fazer nesse ponto, gostaria de saber”(F1- Mãe).

Embora a família, na maioria das vezes, vivencie a problemática do familiar doente com autenticidade, a família passa por situações de inautenticidade. Tais situações, ao mesmo tempo, dificultam, ainda mais, a reorganização da sua existência, num momento de conflitos e incertezas, que acontece, prioritariamente, quando se manifesta o surto psicótico e surge a necessidade da internação hospitalar. A seguir, são des-velados os modos inautênticos, pelos quais a família vivencia a sua relação com o familiar doente.

5.1.3. Inautenticidade

A existência inautêntica caracteriza-se pela recusa do ser humano em assumir a facticidade da sua existência. Na existência inautêntica, o ser humano renuncia a liberdade de eleger a si mesmo e adota respostas mecânicas e estereotipadas, limitando-se a uma vida falsa: “Desempenha suas atividades sem questionar o seu existir, negando-se a assumir o lugar de pensar sua situação existencial” (Crossetti,1997, p.56-57). No pensamento heideggeriano, “Alguém começa a temer quando esquece do que é capaz ou do que poderia fazer, é o esquecimento de suas possibilidades ou de si mesmo. O futuro do medo consiste em antecipar a pre-sença do fato temido, mostrando que o medo é um revelador de inautenticidade” (Crossetti,1997, p.73).

O medo ou temor é um modo da disposição, em que estar em perigo constitui-se uma ameaça ao ser e estar junto a. Entretanto, existem variações do temor: o pavor, o horror e o terror. O **pavor** é sentido frente ao que, inicialmente, é conhecido e familiar; o **horror**, é quando o que ameaça possui o caráter de algo totalmente não familiar e o **terror**, é quando o que ameaça vem ao encontro com o caráter de horror, possuindo ao mesmo tempo, o caráter de pavor. Para Heidegger (1997, v.1), tais manifestações de temor são possibilidades existenciais da disposição da pre-sença, sendo que o temor é uma angústia imprópria.

Um sentimento que surge, ao vivenciar a doença mental na família, é o medo do desconhecido, associado à imprevisibilidade do comportamento freqüentemente presente, no curso desta doença e, por vezes, à hostilidade do familiar doente, gerando insegurança em lidar com a situação. Para Heidegger (1997, v.1), o que se

teme possui o caráter de ameaça, ou seja, esse comportamento, muitas vezes agressivo do familiar doente, leva a família a sentir-se ameaçada, por não saber tanto o que está por vir, quanto o que fazer quando a doença começa a se manifestar.

No pensamento heideggeriano, a pre-sença como ser-no-mundo é temerosa, isto é, a família, em sua existência, sente-se atingida pela doença mental que vem ao seu encontro no mundo. A família é atingida pela co-presença do seu familiar doente, temendo por ele e pelas suas atitudes em relação a si própria e aos outros. Nesse momento da sua existência, encontra-se num modo inautêntico de ser e vivenciar a doença, porque ainda não conseguiu apropriar-se de uma maneira de agir que lhe proporcione maior segurança para lidar com o seu familiar, afastando as múltiplas possibilidades que poderão vir ao seu encontro, em função do horror que vivencia no momento do surto psicótico. Para Heidegger (1997, v.1), “Se o que ameaça possui o caráter de algo totalmente não familiar, o temor transforma-se em horror” (p.197). Entretanto, esses modos de ser são possibilidades existenciais da disposição essencial de toda pre-sença. O discurso abaixo des-vela esse modo de ser da pre-sença:

“Eu tenho medo de ficar com ele, quando ele está assim ... não digo para ele, mas tenho medo, porque eu sei que ele não está normal ... ele fica diferente comigo e só comigo que ele implica, tenho medo que ele se revolte comigo, me xingue, me dê, faça alguma coisa. Aí, não sei como é que eu vou fazer, como vou reagir, se ele começar a me xingar e eu estiver sozinha com ele dentro de casa. Quando ele está bom, eu não tenho medo de ficar com ele, mas doente, eu tenho medo”(F1- Irmã).

Quando se manifesta o surto psicótico num familiar, a família, em geral, expressa uma sensação de abandono, ao ver-se sozinha no mundo. Percebe como importante a pre-sença de outros familiares, para sentir-se mais apoiada e ter forças que lhe proporcionem maiores condições de enfrentamento ou até mesmo de superação do sofrimento vivido neste momento, decepcionando-se com o afastamento dos demais familiares. Essa sensação de abandono vivenciada pela família diante do enfrentamento do diagnóstico da doença e, até mesmo, posteriormente a esse, também é um modo de ser-com.

Os demais membros da família passam a vivenciar a co-existência

inautêntica com aqueles que assumem o cuidado do ser-aí portador de doença mental, tornam-se indiferentes à facticidade da doença, ausentando-se da convivência com os familiares que assumem o problema. Nesse momento, alguns se unem, outros afastam-se, dificultando, ainda mais, o apoio mútuo que a família precisa para reestruturar-se e enfrentar a doença. Ao estar lançada no mundo da doença, a família pode encontrar-se junto aos outros ou estar, apenas, entre eles, sem ser levada em consideração, passando a sentir-se sozinha no mundo.

Para Heidegger (1997, v.1), a falta e a ausência são: “ modos da co-presença, apenas possíveis porque a pre-sença, enquanto ser-com, permite o encontro de muitos em seu mundo” (p.172). A co-presença caracteriza a pre-sença de outros no mundo, sendo também com. Na medida em que nos encontramos lançados no mundo com os outros, podemos abrir-nos para a possibilidade de estar-junto às co-presenças ou, ao contrário, estar apenas entre elas, tendo a sensação de estar sozinho no mundo.

Quando a família vivencia a doença sozinha, sem receber a ajuda e a solidariedade dos demais familiares, começa a experienciar uma relação familiar inautêntica; seus membros não levam em consideração os sentimentos e necessidades daqueles que enfrentam o problema, tornando tal relação desprovida de sensibilidade e solicitude para com o sofrimento do outro. O afeto e a compreensão encontram-se, na maioria das vezes, ausentes na relação familiar, principalmente no momento inicial da doença, tornando mais difícil, ainda, o fortalecimento e a reestruturação da família:

“ A minha filha (a irmã da paciente) se afastou completamente, eu fiquei impressionada com o que aconteceu, não sei porque ela se afastou completamente, não sei se porque o marido também exigiu que ela não se metesse no caso. O marido dela (paciente) também, não queria que a gente se aproximasse deles, uma pessoa completamente psicopata, também tem problema muito grave” (F2- Mãe).

“Acho que é natural tu te sentires quase que sozinha” (F2- Mãe).

“É um sofrimento, a gente sente muito, às vezes, a gente se sente até meio perdida, querendo alguém para ajudar a gente” (F1- Mãe).

Já, quando existe a pre-sença de crianças no convívio cotidiano com um ser-aí portador de doença mental, estas podem não perceber a relação familiar da mesma forma. Elas têm dificuldade em expressar, verbalmente, o sentimento que tem pelo familiar portador de doença mental, o qual parece lhes incomodar, fala uma linguagem que não lhes é acessível, na maior parte do tempo; por isso, na maioria das vezes, não permitem a sua aproximação. Torna-se uma relação marcada por sentimentos negativos, principalmente, quando os adultos, que convivem e se responsabilizam pelas crianças, não conversam, com elas, sobre a doença vivenciada pelo seu familiar e tampouco esclarecem suas dúvidas. As crianças vivenciam a doença mental de modo inautêntico, pois a desconhecem, dificultando, ainda mais, a convivência e a sua aceitação, como, também, a possibilidade de ter um outro olhar em relação a este familiar, vindo a respeitá-lo como ser-no-mundo. Os discursos abaixo revelam esse modo inautêntico de vivenciar a doença mental, possivelmente, em decorrência da sua exclusão por parte dos adultos em relação a esta facticidade:

“Não faço a mínima idéia como a minha mãe era comigo, quando eu era bebê. (...) Antes de vir morar aqui, eu via a minha mãe só de vez em quando, nas férias”(F2- Filha de 10 anos).

“Eu não sou amigo da minha mãe, por causa que ela enche muito o meu saco, fica dizendo besteira o tempo todo, dizendo que a gente vai para o hospício ... essas coisas assim”(F2- Filho de 9 anos).

“Quando a minha filha tenta se aproximar dos filhos, eles gritam com ela, a afastam e dizem que não querem que ela chegue perto deles. (...) Quando ela ia vê-los ... não davam muita bola e o pai deles, sempre dando o contra, que ela ia lá só para incomodar. As crianças ficaram com essa coisa na cabeça, de que ela só ia para incomodar. A impressão que dá é que não tiram proveito de nada que ela diz, nem do que ela faz, então a vêem como doente e não como pessoa, como ser humano”(F2- Mãe).

“Ela começou a dizer um monte de coisa, começou a dizer um monte de bobagem, um monte de besteira, bah ... não dá para agüentar”(F2- Filha de 10 anos).

“Quando ela chega perto de mim, eu digo para ela não me tocar” (F2- Filho de 9 anos).

No decorrer desta trajetória, parece ter ficado evidente que o ser-aí portador de doença mental transita por dois mundos bastante específicos e que têm, entre si, suas peculiaridades. Não podendo ignorá-los, porque fazem parte da existência do ser doente, considereirei como relevante o subtema, a espacialidade.

5.1.4. Espacialidade

Para Heidegger (1997, v.1), o espaço não está no sujeito, nem o mundo está no espaço. O espaço está no mundo na medida em que a pre-sença já descobriu sempre um espaço. A pre-sença é espacial. A pre-sença nas ocupações de seu ser-em um mundo, promove a abertura essencial do espaço. A espacialidade só pode ser descoberta, a partir do mundo e isso de tal maneira que o próprio espaço se mostra, também, um constitutivo do mundo, de acordo com a espacialidade essencial da pre-sença como ser-no-mundo. Os seres intramundanos são espaciais, não ocupam um espaço em que o local é importante, mas ocupam: “um espaço qualitativo, em que os caminhos que tomam é que são relevantes, expressos pelo significado que representam” (Crossetti,1997, p.59). Na maior parte das vezes e antes de tudo, a pre-sença entende-se a partir de seu mundo.

Na situação relacionai, no cotidiano, à pre-sença é atribuída a espacialidade, o que permite que o ser humano se sinta distante ou próximo de outros ou das coisas, assim determinado pelo seu modo de ser, o que leva cada ser-aí a constituir seu espaço próprio: “A pre-sença é espacial em sentido originário e há nela uma tendência de proximidade” (Lopes,Souza,1997, p.89). Levando em consideração a vivência da doença mental, para a família, no mundo da família e no mundo do hospital psiquiátrico, bem como as relações que existem nestes dois mundos, é que serão revelados os significados da espacialidade para estes seres-aí.

É no espaço familiar que se concretiza a possibilidade de construir e reconstruir as vivências da família, fortalecendo-se seus laços afetivos. É aí que a família se reúne para o lazer, para tomar decisões ou para apoiar-se mutuamente, é nele que se encontra a grande complexidade das relações humanas, desde os

sentimentos mais profundos, como o amor, até aqueles mais desafiadores como a raiva, associada a muitos conflitos. O lar, ainda, é o espaço em que é possível mostrar a singularidade de seus membros, manifestando-se seu crescimento interior e suas possibilidades de ser saudável; é neste espaço que, na maioria das vezes, os seres humanos cuidam de si e do outro, de modo livre, diferentemente de uma instituição, em que a liberdade do outro fica restrita, asilando-o, promovendo sua solidão e aprisionando seu ser-no-mundo.

Essa espacialidade da família constitui-se no que Heidegger (1997, v.1, p.160) denomina dar-espaço:

O deixar e fazer vir ao encontro, constitutivo do ser-no-mundo dos entes intramundanos, é um dar-espaço. Esse dar-espaço, que também denominamos de arrumar, consiste na liberação do que está à mão para a sua espacialidade. Enquanto ocupação com o mundo numa circunvisão, a pre-sença pode tanto arrumar como desarrumar e mudar a arrumação, e isso porque o arrumar, entendido como existencial, pertence a seu ser-no-mundo.

O modo de ser-no-mundo da família caracteriza-se pela sua espacialidade, na medida em que compartilham a pre-sença de todos, seja tolerando suas diferenças através dos afetos, apoio e compreensão mútuos ou comunicando-as como pertencentes a sua singularidade, através dos conflitos. Entretanto, buscam, na maioria das vezes, construir e delimitar essa sua espacialidade como forma de manter a saúde daqueles que a compõem. A espacialidade da família como ser-no-mundo manifesta-se nos discursos abaixo:

“Ele tem que estar sempre bem, com a gente em casa. Porque quando ele não está, que está no hospital, a gente sente falta dele, a gente se acha sozinha” (F1- Irmã).

“Eu acho assim: se me explicar o que eu posso fazer, poderia fazer em casa, para não dar este tipo de problema. Como é que eu poderia lidar, para não precisar levar ele para lá. Esses tempos aí, umas três semanas atrás, eu acho, deu uma crise nele aqui dentro de casa e fiz carinho nele, fui socorrer do modo que eu sabia, para ver se não precisava sair correndo para o hospital e eu consegui” (F1- Mãe).

No espaço familiar, o afeto é imprescindível para a construção de uma relação de apoio entre seus membros, fortalecendo sua co-existência. Entretanto, a ausência do afeto pode gerar sentimentos negativos, principalmente nas crianças, que desconhecem a complexidade da doença mental e sentem-se mal diante dessa situação em suas vidas, querendo fugir do que não compreendem e lhes prejudica.

Os familiares adultos expressam a falta da pre-sença do seu familiar em casa. A pre-sença desse familiar junto à família, representa a certeza e a segurança de que tudo está bem e que os espaços existentes se encontram totalmente preenchidos. A princípio, não vêem o hospital psiquiátrico como uma alternativa para resolver o seu problema e temem a possibilidade de precisar levar seu familiar para esta instituição.

O ser-aí portador de doença mental, também, reforça esta espacialidade, quando se refere ao seu lar como um lugar agradável, onde gosta de estar e se sente bem. Ao perceber seu lar dessa maneira, parece tornar-se relevante tal espacialidade como parte integrante do seu cuidado, pois é na família que se estabelecem as primeiras relações humanas, os vínculos afetivos e o início do processo de aprendizagem de como ser e agir no mundo. De acordo com Motta (1997), os pais são instrumentos fundamentais na formação emocional dos filhos, pela comunicação do afeto, pelo cuidado amoroso e pela transmissão de confiança e segurança na relação com seus filhos. Reconhecendo esta relação como importante para evoluir e enfrentar o que vem ao seu encontro no mundo circundante, com autenticidade, é que, provavelmente, o ser-aí portador de doença mental revela o que significa essa espacialidade para ele:

“Em casa é ótimo. Bom, a minha mãe, eu não tenho do que me queixar dela, ela é ótima, tudo numa boa. A minha irmã também, tudo bem. Em casa, eu não tenho do que me queixar. O problema em casa é só quando eu estou em crise, aí que é o problema. Começam a acontecer coisas que fogem ao meu alcance, eu quero ajudar e não consigo, mas do contrário, em casa, não tem problema nenhum” (F1- Filho).

O ser-aí portador de doença mental conquista o seu espaço no mundo, quando decide viver a vida e enfrentar as dificuldades que esta lhe impõe, existindo e fazendo-se pre-sença nos acontecimentos cotidianos, delimitando o seu modo de

ser e conviver com os outros. Estar no mundo implica em ser-com, ou seja, conviver com os outros e compartilhar as situações que se antepõem à existência humana. O assumir responsabilidades parece ser um dos modos pelos quais o ser-aí portador de doença mental pode mostrar sua pre-sença, ocupando seu espaço no mundo, que lhe é único e singular, quando participa da construção da sua história de vida. O discurso abaixo manifesta a sua capacidade para ser-com os outros:

“Têm pessoas que dizem: oh, o doente não pode, não é porque é doente que não pode. Muitas vezes, o doente pode mais que uma pessoa sã, tu encontras doentes com uma sensibilidade maior que uma pessoa normal e pessoas normais que são uns animais, não são pessoas ... que tratam aos pontapés. O doente consegue ser mais humano, nessa parte, que o próprio humano são. (...) Tem uma barreira entre o ser humano normal e o doente” (F1-Filho).

O ser-aí portador de doença mental considera-se como alguém que possui grande sensibilidade, o que lhe permite, até mesmo, realizar o processo de empatia na sua co-existência com os outros. Este ser-aí refere que, mesmo tendo uma doença mental, tem a capacidade de colocar-se no lugar do outro ser humano, manifestando que pode compartilhar com os outros sua pre-sença. Entretanto, muitas vezes, aquele ser reconhecido como “normal”, não consegue ter a mesma atitude. A pre-sença só pode ser espacial, existindo de fato. A pre-sença não é algo material que ocupa um espaço. Existindo, ela sempre arruma para si um espaço, determinando seu próprio lugar (Heidegger, v.1, 1997).

A sensibilidade presente, na maioria das vezes, no ser-aí portador de doença mental, pode ser um dos instrumentos a ser resgatado e utilizado na interação da família com o familiar doente, buscando encontrar maneiras de ser que não firam, nem desrespeitem este familiar, construindo uma relação de confiança e respeito com ele, utilizando-se, entre outros meios, da empatia e do diálogo, a fim de fortalecer esta interação, que pode estar abalada e distanciada, em consequência da doença. Para Heidegger (1997, v.1), a distância de alguma coisa diz proximidade: “Em sua essência, a pre-sença é essa possibilidade de dis-tanciar. O dis-tanciamento descobre a distância. (...) Toda aproximação toma antecipadamente uma direção dentro de uma região, a partir da qual o dis-tanciado se aproxima para poder ser encontrado em seu local” (p.153-157). Mesmo que, inicialmente, a

distância tenha o significado de afastamento, na relação familiar, esta poderá possibilitar uma reaproximação de seus membros, na medida em que este afastamento permitir avaliações e “insights” que, resultem no resgate dessas interações, trazendo, novamente, a proximidade entre os seres que a constituem e um crescimento interior de cada membro da família.

“O doente mental é muito sensível, sendo sensível, ele consegue ver o outro lado das pessoas. Ele consegue se projetar na outra pessoa, coisa que uma pessoa normal não faz ou não quer fazer, não sei” (F1- Filho).

O ser-aí portador de doença mental é um ser humano que possui uma história de vida, produto de uma determinada cultura que influencia e é influenciada pela família e pela sociedade, na qual se deu a construção de seu ser. Múltiplos fatores presentes nesta história podem ter contribuído para a manifestação da sua doença, o que poderá requerer novas construções, novas aprendizagens e novos saberes no decorrer da sua vida, de modo a privilegiar seu potencial para a saúde, determinando e reconstruindo seu espaço no mundo. Muitas vezes, faz-se necessário resgatar a visão do ser-aí portador de doença mental sobre as suas vivências anteriores, se ele assim o desejar, para vivenciá-las de maneira mais saudável, reconhecendo seu passado como significativo para a manifestação da doença, constituindo-se no que Heidegger considera como um amadurecimento do ser-aí: “Só o amadurecer futuro dá lógica e movimento ao que ocorreu previamente” (Lopes, Souza, 1997, p.91). A compreensão daquilo que lhe fez mal no passado poderá possibilitar ao ser-aí portador de doença mental reconhecer ou não que aspectos devem ser mudados para tornar melhor e mais saudável a sua co-existência com os outros.

A implantação de atividades diferenciadas⁶, como a educação física no hospital psiquiátrico e a possibilidade do ser-aí portador de doença mental participar destas atividades, favorece sua auto-percepção como ser capaz, vivo, atuante e como um ser mais presente neste mundo:

⁶ Tais modificações no tratamento, provavelmente, tenham acontecido em função da Reforma Psiquiátrica que teve início no Rio Grande do Sul em 1992, a partir de uma proposta maior, determinada em nível nacional.

“Lá no hospital têm muitas atividades e as pessoas que iam, eram as pessoas que estavam extremamente bem, eu me sentia bem com isso, de estar lá na educação física. Mudou muito com relação a isso, porque antes, não tinha isso” (F1- Filho).

Para a família do ser-aí portador de doença mental, a realidade no mundo do hospital é desconhecida, na medida em que, não tem acesso ao ambiente hospitalar em que seu familiar se encontra, desconhecendo inclusive os cuidados que lhe são dispensados, percebe o familiar doente que volta para casa apático e sem responder aos estímulos externos, necessitando a cada alta hospitalar, de uma readaptação gradativa da família a este modo de ser do seu familiar.

O cuidado prestado no hospital psiquiátrico, na maioria das vezes, leva a uma de-cadência da pre-sença do ser-aí portador de doença mental, pelo modo impessoal como se dão as relações entre aqueles que cuidam e os que são cuidados, sem haver preocupação com o seu poder-ser, na medida em que leva a uma alienação cada vez maior da sua pre-sença como ser-no-mundo da doença. Esta pre-sença encontra-se perdida na convivência com os outros, não tem sua singularidade levada em consideração. Esse modo de ser da cotidianidade, caracteriza o que Heidegger (1997, v.1, p.239), denomina a alienação da pre-sença:

Mas o que propriamente se deve compreender permanece, no fundo, indeterminado e inquestionado; não se compreende que compreender é um poder-ser que só pode ser liberado na pre-sença mais própria. Nessa comparação de si mesma com tudo, tranqüila e que tudo compreende, a pre-sença conduz a uma alienação na qual se lhe encobre o seu poder-ser mais próprio. O ser-no-mundo da de-cadência, tentador e tranqüilizante é também alienante.

O existencial da espacialidade caracteriza-se pelo modo de ser do ser-aí portador de doença mental, a partir das suas experiências no mundo. Tem a convicção de que pode conquistar o seu espaço no mundo através da construção de alguns valores e da adoção de um outro modo de ser, assumindo a doença e podendo compartilhar sua pre-sença com os outros, desde que tenha a consciência das suas possibilidades e limitações diante dessa nova condição existencial. Ao atribuir espacialidade à pre-sença, é preciso concebê-la como um “ser-no-espaço”, a partir de seu modo de ser:

Em sua essência, a espacialidade da pre-sença não é um ser simplesmente dado e por isso não pode significar ocorrer em alguma posição do 'espaço cósmico' e nem estar à mão em um lugar. A pre-sença é e está 'no' mundo, no sentido de lidar familiarmente na ocupação com os entes que vêm ao encontro dentro do mundo (Heidegger, 1997, v.1, p.152).

A condição existencial de "cuidado com a vida" e "dedicação" deve ser concebida como cura. A cura, sob esse prisma, constitui-se então, no que o ser-aí doente considera como o não ser "diferente" em relação aos outros, é ser portador de uma doença que não lhe impossibilita, para sempre, de ser-no-mundo, mas, sim, ultrapassar o estigma social em relação à doença mental e ir em busca do seu poder- ser:

"A maior ajuda tem que partir do doente em si, ser consciente do que tem, do que sente e a partir disso, conseguir conquistar o seu espaço diante dos outros. Eu não sou diferente, não sou uma pessoa fora do mundo, eu vivo dentro do mundo que todo mundo vive. Só que eu tenho esse problema, tenho certas limitações: não posso passar muitas noites acordado, tenho que dormir à noite. Sou limitado em certas coisas, mas foi difícil até chegar nesse ponto, até eu ter a consciência disso" (F1- Filho).

Após conhecer como acontecem as relações no ambiente familiar e deste com o mundo do hospital, surgiu, então, a relação da família e do familiar doente com este outro mundo que lhe era desconhecido. Do mesmo modo, com o retorno do ser-aí portador de doença mental para a sociedade, ainda, sobrecarregada de preconceitos em relação à loucura, acontece o que Heidegger (1997, v.1), caracteriza como o modo impessoal de ser, originando o subtema, a impessoalidade.

5.1.5. Impessoalidade

O impessoal caracteriza-se pela pre-sença, na convivência cotidiana, quando se encontra sob a tutela dos outros. A pre-sença não é ela própria, os outros lhe

tomam o ser, ela é dominada pelos outros, enquanto ser-com, sem dar-se conta disso. Este conviver dissolve inteiramente a pre-sença no modo de ser “dos outros”. O impessoal não se refere a um ser determinado, caracterizando o modo de ser da cotidianidade.

Para Heidegger (1997, v.1), o impessoal possui, ele mesmo, seus modos próprios de ser. A medianidade é um caráter existencial do impessoal, caracterizando o ser e estar um com o outro, em que se atém ao que é conveniente, ao que se admite como valor ou desvalor, do que concede ou nega sucesso. Essa medianidade designa, vigia e controla toda e qualquer exceção que venha a impor-se. O cuidado da medianidade desentranha também uma tendência da pre-sença, que é o nivelamento de todas as possibilidades de ser. O impessoal retira a responsabilidade de cada pre-sença e tira o seu encargo na convivência cotidiana, “Sendo a cotidianidade uma dimensão existencial, o homem tem, como possibilidade mais própria, a de desviar-se de seu projeto essencial, alienando-se de sua singularidade, mergulhando no anonimato e perdendo-se no meio das preocupações do dia-a-dia” (Lopes,Souza,1997, p.89).

O modo de ser da sociedade em relação ao ser-aí portador de doença mental e sua família é impessoal quando expressa o seu preconceito, no que se refere à doença mental. Nas situações críticas da existência, quando surge o medo, o despreparo, a imprevisibilidade, entre tantas outras situações, desvela-se a dificuldade do ser-aí portador de doença mental interagir e responder às exigências desta sociedade. O preconceito parece instalar-se e impedir que este ser mostre o seu potencial para a saúde e a capacidade de mostrar seu ser-no-mundo.

Na sociedade, o ser-com do ser-aí portador de doença mental tem sua presença lançada na convivência cotidiana e está sob a tutela dos outros. Quando isso acontece, a pre-sença não é ela própria, porque os outros lhe tomam o ser:

O impessoal pertence aos outros e consolida seu poder. ‘Os outros’ são aqueles que, de início e na maior parte das vezes, são ‘co-presentes’ na convivência cotidiana. O impessoal, que não é nada determinado mas que todos são, embora não como soma, prescreve o modo de ser da cotidianidade (Heidegger,1997, v.1, p.179).

Na maioria das vezes, os demais familiares, também, são alvo do

preconceito, cuja percepção social dificulta ver a família como seres que sofrem com a experiência de vivenciar a doença mental, interferindo desrespeitosamente na existência do outro, manifestando sorrisos maldosos, expressões irônicas e de humilhação, o que magoa e limita o espaço da família para ser-no- mundo:

“Têm pessoas que vêem a pessoa doente, ri no ônibus ou debocha e diz: olha lá o louco. Não tem cabimento uma pessoa fazer isso, porque ela não está livre de ter ou ficar assim ou então, ter uma pessoa da família dela. Então, eu não tenho vergonha, nunca tive. Não escondo de ninguém, quando ele fica doente, porque eu não tenho vergonha de ter um irmão assim. Eu acho que a gente tem mais é que ajudar, não ter vergonha” (F1- Irmã).

Os seres humanos, na sociedade, freqüentemente, tratam a família do ser-aí portador de doença mental de maneira impessoal; um modo de ser marcado pela indiferença, passando ao seu lado, sem se preocupar com o significado que esta vivência tem para estes seres-aí; não dão abertura para que possam mostrar seus sentimentos e o sofrimento frente a esta experiência, desconsiderando-a como seres que também vivenciam a doença. A possibilidade da família conseguir estabelecer uma relação com os outros fica distante, pois, estes, a excluem do convívio social. Entretanto, para Heidegger (1997, v.1, p.182), “O impessoal é um existencial e pertence à constituição positiva da pre-sença”. O impessoal pode constituir-se em algo positivo para a pre-sença, quando consegue aproximar-se de si e abrir para si mesma o seu próprio ser, eliminando o encobrimento que os outros lhe impõem. No entanto, a família ainda não conseguiu alcançar tal possibilidade de ser, como podemos perceber nos discursos abaixo, limitando-se apenas a abdicar da convivência com os outros:

“... fui levar o presente, porque eu já sabia que tinha dado a festa, aí diz a mãe assim: ah, não deu para tu vires? Mas não me disseram a data. Aí ela disse assim: então se esqueceram de te levar o cartão. Mas eu fiquei sentida, porque eu achei que foi só comigo que foi feito isso aí. Essa pessoa me disse assim: estava todo mundo lá, só faltou vocês” (F2- Mãe).

“Ah, uma senhora que estava aqui, com um nenezinho, na frente e eu estava conversando com ela, quando ela viu que a minha filha vinha se aproximando, me tirou a criança ... ficou com medo, mas isso aí, eu acho que até é normal ... sabe lá, também, se eu não faria a mesma coisa, sabe lá qual seria o meu gesto” (F2- Mãe).

“Primeiro o rótulo: louco ... rodou a cidade toda, foi uma barra para mim enfrentar isso, mas eu superei. Custei a superar isso, no princípio foi difícil ... ah, olha lá o louco. Aquilo me machucava muito, sabe? O pessoal não sabia o que estava acontecendo aqui dentro, não sabia o que aconteceu comigo realmente, só me botaram o rótulo. Doía. Não era esse o meu problema, eu não era louco. Não existe louco, na realidade, as pessoas têm doenças mentais, mas o louco em si não existe, porque a pessoa louca não sabe de nada do que está fazendo, mas todo mundo têm consciência do que faz, uns mais, outros menos, mas todo mundo têm. A princípio foi isso que me deixou mais abalado. Foi o meu retorno ... foi difícil retornar porque eu fiquei preso dentro de uma concha” (F1- Filho).

O ser-aí portador de doença mental percebe várias modificações na sua existência, após a manifestação da doença e, principalmente, após a primeira alta hospitalar de um hospital psiquiátrico. Surgem dificuldades para continuar interagindo com o mundo que o cerca, devido ao forte estigma em relação à loucura. O retorno para casa, a tentativa de retomar algumas atividades, a sensação de não fazer mais parte deste mundo, a vivência de uma internação no hospital psiquiátrico parecem acarretar o rótulo de “ser louco” sempre, comprometendo, ainda mais, a possibilidade de tornar-se um ser-aí capaz e saudável.

Inicialmente, teve medo e adotou um comportamento cada vez mais retraído em função do preconceito que desconsiderou sua pre-sença. O rótulo de “ser louco” dificultou a possibilidade de conviver com os outros. Aos poucos, começou a assumir com autenticidade sua pre-sença, abrindo-se para si e eliminando o encobrimento e as distorções impostas pelos outros, refletindo com propriedade sobre a sua condição existencial e percebendo sua possibilidade para poder-ser no mundo.

A partir da compreensão dos modos de ser da família, ao vivenciar a facticidade da doença mental, fez-se necessário também, compreender qual a sua percepção em relação ao cuidado prestado pelos profissionais de saúde.

5.2. PERCEPÇÃO SOBRE O CUIDADO

Para a família, a percepção sobre o cuidado focaliza a realidade no mundo do hospital psiquiátrico e na relação com os profissionais de saúde. A seguir, mostro como a família percebe a realidade deste cuidado.

5.2.1. A Realidade do Cuidado No Mundo Do Hospital Psiquiátrico

Para Heidegger (1997, v.1), realidade é resistência ou o conjunto das resistências: “Do ponto de vista ontológico, a experiência de resistência, ou seja, a descoberta daquilo que resiste a um esforço, só é possível com base na abertura de mundo” (p. 277). A partir do des-velamento do cuidado prestado no mundo do hospital psiquiátrico, de acordo com a realidade experienciada pela família, foi possível conhecer um pouco mais sobre a sua percepção em relação a esta realidade.

No mundo do hospital psiquiátrico, existem pessoas que não são cuidadas, são apenas vigiadas, sofrendo as mais diversas punições, violentas e desumanas, desde a contenção na cama, o quarto trancado e escuro com uma janela minúscula que isola o ser-aí do contato com os outros, denominada atualmente de “sala de observação”, até a eletrochoqueterapia. Tendo em vista que, nesse local, na maioria das vezes, a família não tem acesso a informações sobre o seu familiar e precisa aguardar, com paciência, o dia da visita ou que alguém demonstre disponibilidade para ouvi-la e lhe dar algumas informações, vem daí sua percepção

deste local como inadequado para cuidar do seu familiar.

Este modo inadequado de cuidar dos seres-aí doentes, sem levar em consideração, também, a família dos seres internados, a partir de Heidegger, é possível denominar de modo deficiente de cuidar. Por isso, torna-se compreensível que a família não considere essa instituição como alternativa para o seu problema e tema as conseqüências da institucionalização do seu familiar doente.

Diante do diagnóstico da doença mental, a família sente-se angustiada. Manifestam-se as mais variadas emoções, com a sua possível desestruturação, promovendo a reconstrução de outros valores pessoais, para poder unir-se e fortalecer-se de modo a enfrentar a condição de estar doente do seu familiar. Nesse momento de fragilidade emocional, a família não se sente cuidada, nem, tampouco, incluída no tratamento do seu familiar doente. Para Heidegger (1997, v.1), entretanto, a total indiferença em relação ao outro também pode ser entendida como cuidado: aquilo que significa para a família um não sentir-se cuidada, é um modo deficiente do profissional de saúde cuidá-la.

Ao longo deste processo, entre idas e vindas ao hospital psiquiátrico, as famílias referem uma sensação de cansaço, especialmente diante do enfrentamento das mesmas perguntas realizadas pelo profissional de saúde, fazendo-se necessário respondê-las, novamente, mesmo já tendo sido respondidas ao longo das outras internações. Este modo rotineiro e repetido de realizar cada nova admissão de um ser-aí portador de doença mental, parece desencadear sentimentos de desrespeito e tristeza na família, ao ter que resgatar, na memória, os momentos de sofrimento, os quais gostaria de não ter que lembrar. Tais lembranças trazem à consciência, vivências passadas, difíceis e sofridas, requerendo, ainda, a exposição da sua convivência privada para os profissionais que atendem o seu familiar.

A necessidade de voltar a responder, a cada internação, questões referentes à história de vida do seu familiar doente, como aquelas relacionadas ao seu desenvolvimento e a sua maneira de interagir com os outros, o que já deveria constar no seu prontuário, desde a primeira internação, geram, também, sentimentos de revolta, indignação e desrespeito. A família não se opõe e não questiona a necessidade de responder às perguntas relacionadas à situação atual do seu familiar, entretanto, não vê a importância de ter que, novamente, relatar o

que já faz parte da sua história de vida, do passado. A família vivencia esse interrogatório de modo autêntico quando se manifesta incomodada com a invasão da sua privacidade, toda vez que seu familiar interna:

“O meu esposo disse que não quer mais falar sobre isto, disse que tudo o que eu disser é o que ele pensa também, que não terá nada a acrescentar. Inclusive, nem no hospital psiquiátrico ele vai mais, me leva e fica esperando. Disse que está cansado de tudo isso e de ter que enfrentar sempre as mesmas coisas” (F2- Mãe).

Parece imprescindível a organização burocrática das instituições de saúde, com o registro da história clínica de cada ser-aí doente, considerando, dentre outros, a exposição a que a família se submete a cada nova internação, de modo a respeitar sua singularidade, além de não ter que testar suas limitações e sua capacidade de repetir práticas das quais discordam. Este aspecto torna-se significativo para que ocorra um cuidado eficiente, pois sua ausência representa desrespeito e desconsideração com a dor da família que vivencia a doença mental.

O enfrentamento da internação hospitalar torna-se difícil, à medida em que surge como um fato que, mesmo que necessário, é reconhecido como inesperado e indesejável. A família expressa a sensação da perda de um ser querido, referindo-se a um aparente “luto”. Vivenciar esta nova situação, na maioria das vezes, faz com que as famílias se reconheçam como “perdidas”, por não compreenderem e desconhecerem o que está acontecendo com o seu familiar, além de não saberem o que devem fazer:

“Ah, foi muito duro. Uma internação é uma situação muito difícil. Bah, vou te dizer uma coisa, a princípio te choca profundamente, quase como uma perda daquele ente querido, como me foi dito por uma médica: a senhora está de luto” (F2- Mãe).

“Eu tenho um arrepio do hospital, só penso assim: que Deus ajude que nunca mais dê crise, porque se der e eu tiver que levar ele para lá de novo, não sei como é que vai acontecer, porque eu acho que se me explicar o que posso fazer, eu poderia fazer em casa” (F1- Mãe).

O impacto da família, especialmente, frente a primeira internação é imenso. Considera que o espaço físico do hospital psiquiátrico é assustador, completamente diferente do lar em que vivem, em termos de higiene, estética, organização, entre outros. Os sentimentos manifestam-se pelo choro, pela tristeza e, até mesmo, pela culpa, por não conseguir controlar as suas emoções, temendo prejudicar, ainda mais, seu familiar.

A família reconhece, no hospital psiquiátrico, um cenário caótico e desprovido de cuidado e preocupação com o outro. Em decorrência desta percepção, alguns familiares podem não querer visitar, novamente, seu familiar, neste local. Movida pela sua sensibilidade e por seus valores morais, usa seu poder de decisão e opta por não retornar à instituição, onde a exclusão social ainda se faz presente de maneira forte e visível:

“Só uma vez que eu fui, chorei muito, eu era pequena. Vi ele daquele jeito, ele estava bom, só estava magrinho, sequinho, a pele toda descascada, então achei estranho aquilo ali, aquelas pessoas doentes na volta, chorei muito, então não vou mais ver ele no hospital. (...) Fiquei chorando, triste e nervosa de ver aquelas pessoas assim. E ele com aquela carinha, me abracei nele e botei para chorar, acho que eu não deveria ter feito isso, porque acho que prejudicou mais ele ainda, não era para mim ter ido” (F1- Irmã).

Por sua vez, o ser-aí portador de doença mental, na primeira internação, pode ter reações diversas ao perceber-se dentro do hospital psiquiátrico:

“Bom, no primeiro momento, foi surpresa, porque eu nunca tinha entrado num local assim. A primeira coisa foi um espanto. Ah, tu estás em tal lugar, eu disse: o que? Me espantei na hora, foi um impacto para mim” (F1- Filho).

Nas demais internações, a surpresa inicial pode ser substituída por uma maior aceitação e adaptação ao local. Amenizado o impacto inicial, parece surgir a preocupação do ser-aí portador de doença mental com a família, referindo à falta dos familiares mais próximos:

“Mas, com o passar do tempo, fui me acostumando com a idéia. (...) Sentia mais saudade da minha família, da minha mãe e da minha irmã. Eu só pensava nelas. Como elas estão agora? O que que está acontecendo com elas, se elas estão bem. Como é que elas estão? Se alguém fez mal para elas. Eu só pensava nisso. A minha primeira preocupação foi com a minha mãe e de quem eu primeiro senti falta foi da minha mãe, sem dúvida” (F1- Filho).

Já na alta, o ser-aí portador de doença mental pode sentir-se isolado do mundo. O mundo hospitalar parece resumir-se ao contato do ser-aí doente com o médico, com a enfermeira e com os demais doentes, em que os afazeres no cotidiano das ocupações podem dar a sensação de aprisionamento.

“Eu estava isolado do mundo. Isolado, a condição que o doente tem quando sai do hospital é essa, o isolamento total do mundo, dos assuntos. É aquela visão do paciente, médico e enfermeiro, mais nada, o mundo se resume aquilo ali, então a gente se sente preso ali dentro” (F1- Filho).

Para o ser-aí portador de doença mental, a sua hospitalização representa a sensação de estar alienado do mundo externo. Durante a internação, percebia o mundo girar ao seu redor, de uma maneira imobilizada, não se reconhecendo como um participante ativo deste mundo. Em consequência disto, na alta, há o medo de realizar determinadas atividades, por temer não conseguir finalizá-las. O processo de alienação e distanciamento, existente no período da internação, provoca um intenso medo de arriscar-se e de desejar voltar a viver, não se permitindo, muitas vezes, sequer testar sua capacidade para avaliar o quanto poderia enfrentar e superar e, através desta tentativa, fortalecer-se:

“Eu, em casa, tinha muito o que fazer e tinha tantas coisas ... eu queria jogar bola, ir na minha avó, nas minhas tias. Lá, eu não tinha coragem de fazer nada disso, me sentia preso numa redoma de vidro, girando e eu lá, estava ali parado, isolado do mundo, parado.(...) Eu tinha medo de dar um passo e cair, ficava ali parado, tinha medo de arriscar, dando um passo, não que eu fosse cair, mas eu tinha medo” (F1- Filho).

O distanciamento e a frieza na relação entre a equipe e o ser-aí portador de doença mental, no mundo do hospital psiquiátrico, são reconhecidas como relações pouco humanizadas. A ausência de uma relação mais humanizada constitui-se no que Heidegger considera como um ser-com desconsiderado: "Esse ser-com desconsiderado computa aos outros sem levá-los em conta seriamente, sem querer ter algo a ver com eles" (1997, v.1, p.178). A falta de humanização no cuidado prestado parece mostrar que os profissionais de saúde não se preocupam com o ser-aí doente, apenas se ocupam dele, como se ele fosse uma "coisa", caracterizando o modo deficiente e indiferente da preocupação.

"Lá no hospital, falta isso, um pouco mais de humanismo da parte deles. Um pouco mais de carinho, de amor, de entrega. Não é assim : eu sou o médico e tu és o paciente, não é assim; é uma relação mais assim: eu sou teu amigo, vamos conversar numa boa, coisa desse tipo, sabe? Para mim, faltou" (F1- Filho).

Como já referido, a família se sente temerosa ao vivenciar o surto de seu familiar, percebendo-o como assustador, em decorrência da insegurança e do desconhecimento de como enfrentar este momento. Percebe-se prejudicada na relação interpessoal com a equipe de saúde, em função da ausência de diálogo que poderia instrumentalizá-la para o cuidado. Para Heidegger (1997, v.1), a disposição e a compreensão são os existenciais fundamentais que constituem a abertura da pre-sença como ser-no-mundo.

A pre-sença da família no hospital psiquiátrico permanece encoberta pela falta de tempo dos profissionais de saúde em ouvi-la e compreender o que deseja conhecer e quais são suas angústias em relação á doença e a maneira de cuidar do seu familiar. O discurso,

tem algo sobre que discorre que, como tal, constitui propriamente o dito dos desejos, das perguntas, dos pronunciamentos. Nele, o discurso se comunica. (...) O ouvir possui o modo de ser de uma escuta compreensiva. Tanto o discurso como a escuta se fundam na compreensão (Heidegger, 1997, v.1, p.220-222).

A família parece sentir falta da ausência da compreensão dos profissionais

de saúde em relação a sua experiência de vivenciar a doença mental.

O discurso entre os profissionais e a família é desprovido de comunicação, por conta dessa incompreensão na relação entre ambos. A falta de compreensão dos profissionais com a família constitui o que Heidegger denomina de falatório, “O falatório é o modo de ser da compreensão desarraigada da pre-sença. A estranheza da oscilação em que a pre-sença tende para uma crescente falta de solidez, permanece encoberta sob a proteção da auto-evidência e autocerteza que caracterizam a interpretação mediana” (1997, v.1, p.230).

Os discursos abaixo elucidam o pavor que as famílias vivenciam na internação de um familiar no hospital psiquiátrico:

“Lá dentro do hospital, não é um lugar adequado, a convivência com aquele monte de pessoas, com problemas mais do que o dele, que ele é uma pessoa que pode se manter dentro de casa com a gente” (F1- Mãe).

“... o meu esposo não gosta que ela fique muito tempo internada, se ela está há mais de vinte dias no hospital, ele se para na minha volta: ela está há muito tempo lá. Lá não é lugar para ela, o lugar dela é aqui em casa, conosco. Lá, ela vai ficar pior ainda! (...) Ela tem horror de baixar. Ela fala assim para mim: nada é bom, eu quero estar na minha cama, eu quero estar no meu quarto” (F2- Mãe).

A certeza que a família tem de que o hospital psiquiátrico não recupera o seu familiar doente, sendo o ambiente familiar mais favorável para a sua recuperação, é confirmado na pesquisa de Costa (1998) em que o discurso dos seres entrevistados, também referiu que o lugar do familiar doente é junto à família. Tais percepções parecem reafirmar a necessidade de repensar o hospital psiquiátrico como um espaço terapêutico e não como um local que segrega o ser do ser-aí doente, desprovido de um cuidado eficiente que propicie condições para a recuperação do seu ser-no-mundo.

A família reconhece que o hospital psiquiátrico abriga seres portadores de todos os tipos de patologias mentais, com uma evolução própria, cujo prognóstico da doença depende de diversos fatores, sendo imprevisível. Acredita que esse espaço, onde as evidências mostram a indiferença em relação ao poder-ser de cada

ser-doente que ali se encontra, poderá dificultar e comprometer ainda mais a sua recuperação, já que, conforme Heidegger, todos são tratados sob o prisma da public-idade. Tal modo de cuidar do ser-aí portador de doença mental, no cotidiano do hospital psiquiátrico, revela a tendência do cuidado prestado, à uniformidade de todas as possibilidades de ser:

Toda primazia é silenciosamente esmagada. Tudo que é originário se vê, da noite para o dia, nivelando como algo de há muito conhecido. O que se conquista com muita luta, torna-se banal. Todo segredo perde sua força. O cuidado da medianidade desentranha também uma tendência essencial da pre-sença, que chamaremos de nivelamento de todas as possibilidades de ser. Espaçamento, medianidade, nivelamento constituem, como modos de ser do impessoal, o que conhecemos como a public-idade (Heidegger, 1997, v.1, p. 180).

A public-idade sempre tem razão em tudo; ela não se apropria do conhecimento e singularidade do ser dos outros, ela é igual para todos, obscurecendo e tornando encoberto o ser da pre-sença de cada um, retirando-lhe a responsabilidade por si, pois tudo assume e por tudo responde com a maior facilidade, mostrando-se insensível e indiferente à singularidade de cada ser. O impessoal vai ao encontro da pre-sença de modo superficial, dispensando-a de mostrar o seu ser, mantendo um cuidado conservador e rígido, impermeável ao potencial de cada ser doente que está no hospital psiquiátrico. A uniformidade do cuidado, o rigor quanto às rotinas pré-estabelecidas, na realidade, podem dificultar a abertura do ser doente para si e para o mundo, reforçando sua insegurança. O ser doente fica cada vez mais encoberto e afastado de si mesmo e da possibilidade de ser-no-mundo, quando os outros decidem tudo por ele. O impessoal é ninguém, a quem a pre-sença já se entregou na convivência de um com o outro (Heidegger, v.1,1997).

Nos discursos, as famílias revelam que se sentem excluídas do atendimento prestado pela equipe de saúde, o que dificulta e compromete, ainda mais, sua relação com a equipe e restringe sua possibilidade de mostrar-se e ser reconhecida como alguém que, também, precisa de ajuda, requer ser amparada pela equipe de saúde diante da manifestação da doença do seu familiar. Provavelmente, a família não reconheça seus direitos como ser-no-mundo da doença e por isso não os

reivindique; a equipe, por sua vez, não reconhece a condição da família como seres-aí no mundo da doença que precisam de ajuda, não percebendo a relevância e a necessidade de incluí-la no cuidado prestado.

Dando continuidade, apresento a percepção da família sobre a relação dos profissionais de saúde consigo.

5.2.2. A Relação Dos Profissionais de Saúde Com A Família

A pre-sença enquanto ente está sempre em relação com os outros e com o mundo. Ela não apenas é e está num mundo, mas também se relaciona com o mundo segundo um modo de ser predominante. A relação dos profissionais de saúde com a família é determinada pelo seu modo de ser e pela maneira como se empenha na sua ocupação, entendida como o cuidar. Para Heidegger (1997, v.1, p. 172), “ O ser-com determina existencialmente a pre-sença mesmo quando um outro não é, de fato, dado ou percebido. Somente num ser-com e para um ser-com é que o outro pode faltar”.

A família do ser-aí portador de doença mental parece reconhecer sua falta de coragem em questionar o “saber” do profissional médico, mesmo quando não consegue entender muitas de suas atitudes em relação ao cuidado e quando não compreende a doença. Sobrepõem-se questionamentos sobre a validade de muitas medidas terapêuticas implementadas, uma vez que o espaço para o diálogo e o esclarecimento sobre as determinações não vem sendo utilizado por quem as estabelece:

“Ainda o médico não chegou para mim e se abriu comigo, em explicar direitinho, ainda não tive esse lado aí, então para mim assim é um terror quando ele está em crise”(F1- Mãe).

“Ele (médico), não é muito assim de chegar e explicar, e a outra médica que ele esteve em tratamento, eu não tive tempo para chegar nela e perguntar, de repente poderia até ela me falar, mas eu não tive esse tempo”(F1- Mãe).

A ausência do diálogo desencadeia maior ansiedade para a família que não consegue compreender, por exemplo, o excesso de medicação usado pelo seu familiar ou a troca excessiva do medicamento.

*“Eu não sei porque ele não se agradou do médico (F1- Mãe).
Fui maltratado, mãe (F1- Filho).
Pois é, eu não sei, só tu que sabes, meu filho (F1- Mãe) .
Pois é, eu estou lhe dizendo agora, fui maltratado (F1- Filho).
A mãe gostou dele, só que ele levou muito tempo para encontrar
uma medicação, ele experimentou muito remédio. Ele esteve
ruim, com remédio, remédio e nada acertava” (F1- Mãe).*

*“Então é uma coisa assim, não podes ter nada contra o médico,
porque poxa, tu não és médico, tu não sabes, quem sabe é ele,
mas a gente, como mãe, a gente conhece muita coisa, muita
coisa tu vês, como mãe tu sabes, tu criou desde pequeninho,
sabes como é que é a pessoa e ele errou muito. Ele dava muita
medicação e trocava, todos os fins de semana, mandava ele
para casa e trocava a medicação, e ia amontoando aquele
monte de remédio dentro de casa” (F1- Mãe).*

A família parece temer discordar ou questionar o profissional médico sobre suas dúvidas quanto ao desconhecimento do diagnóstico da doença e das atitudes que devem tomar frente ao mesmo. De acordo com Heidegger (1997, v.1, p.195), “O que se teme possui o caráter de ameaça”. Nesse sentido, a família do ser-aí portador de doença mental, provavelmente, teme questionar o “saber absoluto” do médico, numa relação, aparentemente, desprovida de envolvimento com o sofrimento do ser que é cuidado, levando a um distanciamento, dificultando a aproximação e a troca entre os que fazem parte desta relação. Tal ameaça parece ser ainda maior quando a família acredita que, se questionar ou duvidar do saber médico, seu familiar poderá ser punido, ficando, ainda mais, sem a atenção do profissional de saúde.

A família do ser-aí portador de doença mental, então, opta pelo silêncio na relação com os profissionais. Para Heidegger (1997, v.1), o silêncio também é escutar. Na maioria das vezes, a escuta em silêncio, é a maneira pela qual a família consegue apreender ou, talvez, aprender como lidar com seu familiar:

O mudo é a tendência para falar. Silenciar em sentido próprio só é possível num discurso autêntico. Para poder silenciar, a presença deve ter algo a dizer, isto é, deve dispor de uma abertura própria e rica de si mesma. O estar em silêncio articula a compreensibilidade da presença que dele provém o verdadeiro poder ouvir e a convivência transparente (Heidegger, 1997, v.1, p.224).

O silêncio como modo de discurso da família, possivelmente, é um alerta de que a família tem muito a dizer, cabendo ao profissional de saúde desvelar, nesse silêncio, o conteúdo do que ela tem a dizer.

Outro aspecto importante é a percepção da família quanto à demora e à falta de confirmação do diagnóstico médico, o que, para ela, pode estar relacionado a cronificação da doença. Tais fatos têm favorecido uma relação de desconfiança, por parte da família, com o profissional de saúde, gerando, até mesmo, dúvidas quanto a sua competência técnica. Estes equívocos podem acontecer na medida em que os profissionais de saúde não proporcionam um espaço que favoreça a abertura dos seres-aí cuidados, para mostrarem suas expectativas, sentimentos, percepções e pensamentos frente a experiência de vivenciar a doença mental.

A ausência de comunicação entre os profissionais e a família mantém a presença da família encoberta como ser-no-mundo da doença mental o que, provavelmente, gera maior insegurança na relação familiar. Segundo Heidegger (1997, v.1), o que se propõe na comunicação existencial pode ou não ser partilhado; entretanto, quando o discurso é transmitido ao outro, isto amplia a sua visão sobre aquilo que é compartilhado entre um e outro. Na maioria das vezes, numa fase inicial da doença, a família não consegue ampliar sua visão sobre a doença mental, porque o conhecimento sobre ela não é partilhado, nem tampouco transmitido pelos profissionais de saúde. Esse modo dos profissionais ocuparem-se com a família, caracteriza a convivência recíproca no hospital, "a convivência recíproca daqueles que se empenham na mesma coisa alimenta-se, muitas vezes, somente de desconfiança" (Heidegger, 1997, v.1, p.174). O discurso abaixo revela a relação de desconfiança da família com os profissionais no hospital psiquiátrico:

“Não acharam o que que ele tinha, desconfiaram de droga. A primeira coisa que os médicos me perguntaram, se era droga, quer dizer então, foi difícil nesse lado aí, porque desconfiaram que era droga e trataram um lado e era outro bem diferente. Se tivessem achado, na época, que ele tinha esse tipo de coisa, já teria segurado mais rápido. Na época, desconfiaram que era droga, devido a idade, dezessete anos, as amizades ... no fundo, no fundo, era uma doença, que o doutor disse para mim ser esquizofrenia, mas eu não acredito” (F1- Mãe).

O ser-aí portador de doença mental acredita que o profissional esperou esgotar a sua capacidade de suportar a dor, o sofrimento e o desconforto causados pela doença para, então, decidir-se a medicá-lo corretamente. O cuidado humanizado exige um envolver-se com o ser-aí cuidado, mostrando preocupação com ele, nas mais variadas ocupações, confortando-o, orientando-o ou realizando qualquer outro procedimento terapêutico. É importante que o profissional de saúde torne-se uma pre-sença compreensiva na relação com o ser-aí portador de doença mental, num momento de angústia e sofrimento, mesmo que ele se encontre numa situação de “desrazão”, como geralmente ocorre na manifestação de um surto psicótico:

“Eu esperava outro atendimento em relação a ele, porque eu achei que ele ia me tratar de outra maneira, não com remédio, que ele ia me tratar psicologicamente. Só que ele veio com remédio, mas como ele era o médico e eu era o paciente, eu aceitei. Mas foi difícil, eu me sentia ruim, eu dizia para ele: estou me sentindo ruim e ele dizia para mim: tu vais melhorar, tu vais melhorar. Eu estava me sentindo ruim comigo mesmo, a cada dia eu só piorava mais, até que chegou no limite, quando ele viu que não tinha mais para onde ir, aí resolveu me medicar de maneira correta e acertou a minha medicação” (F1- Filho).

A falta de consideração pelo ser-aí que é cuidado e pelos seus sentimentos, pode estabelecer barreiras de difícil acesso, se este ser tiver a percepção de que o profissional de saúde não tem interesse por ele, vendo-o apenas como um meio para realizar o seu trabalho, sem escutá-lo e confortá-lo numa situação de desespero e insegurança. Por outro lado, é difícil avaliar o que o ser-aí portador de doença mental sente e percebe, mesmo na crise aguda da doença, quem vivencia e

experimenta o tratamento da doença mental, pode avaliar a dimensão do que está sentindo. O limiar de dor e de mal-estar é relativo e próprio de cada ser, fazendo-se necessário ouvir e acreditar no ser que está sendo cuidado.

A linguagem, para Heidegger, constitui-se numa composição sistemática de sinais elementares que, em si mesmos, não tem sentido algum, adquirindo um significado na relação com o outro. Considera, também, que as palavras privilegiadas de uma determinada língua irradiam-se através da relação entre os seres-aí (Trotignon, 1965). A linguagem, provavelmente, torne-se mais significativa quando permeada por relações humanizadas, sendo imprescindível utilizá-la como um instrumento capaz de beneficiar os que precisam de ajuda. Não será negando informações ao outro, apropriando-se de um conhecimento, entendido como exclusivo dos profissionais de saúde, que será possível favorecer uma melhor qualidade de vida para aqueles que são cuidados.

A comunicação é difícil de se realizar, porque, dentre outros motivos, implica em elaborar a fala de modo a não ferir o outro. Entretanto, a escuta é mais difícil ainda, na medida em que, no corre-corre cotidiano, os seres humanos parecem não se encontrar disponíveis para estabelecer uma relação que envolva a escuta do ser-aí que busca ajuda. As exigências sociais e econômicas do mundo atual estão deixando de lado a pre-sença do ser, levando ao modo privativo do não-ouvir, mais acessível e que não exige disponibilidade de tempo.

A escuta, como busca do potencial para a saúde mental dos seres-aí cuidados, é imprescindível, porque mostra o interesse em querer ajudá-lo e um envolvimento maior entre os que cuidam e aqueles que são cuidados. Quando o profissional não consegue se utilizar da escuta compreensiva como um modo eficiente de ser-com o ser cuidado, provavelmente, não ocorre a aproximação entre os que cuidam e os que são cuidados, fazendo com que as famílias se sintam despreparadas e desamparadas para enfrentar a doença mental no mundo familiar.

A doença mental é uma das mais misteriosas e enigmáticas, pois o ser humano aproxima-se dela, mas não consegue compreendê-la por completo; a visão em relação à doença ainda não se apropriou da sua complexidade. Algumas vezes, é possível prever sua evolução e, até mesmo, fazer orientações quanto ao que deve ser feito para melhor conduzir quem vivencia esta experiência; entretanto, em outras vezes, parece difícil avaliar seu prognóstico e fazer orientações quanto ao cuidado,

requerendo um acompanhamento maior dos seres que a vivenciam, de modo a aprender o melhor meio de lidar com o ser doente. Daí, a dificuldade de estabelecer rotinas ou elaborar um manual de cuidados em relação à doença mental, determinando os modos mais eficazes de cuidar do outro. Se existe algum meio de tornar o cuidado prestado mais eficiente, provavelmente, seja através do estabelecimento de um vínculo com a família, para que se torne possível tomar decisões em conjunto, avaliando o caminho mais pertinente em busca da sua saúde.

O ser-aí portador de doença mental, mesmo num surto psicótico, em que o imaginário prevalece sobre a realidade externa, parece perceber-se como um objeto, sendo usado para uma experiência, o que dificulta a sua relação com o profissional de saúde, gerando desconfiança, distanciamento e a sensação de estar sendo maltratado. Para Sheler, citado por Heidegger (1997, v.1, p.84): “A pessoa nunca pode ser pensada como uma coisa ou substância. A pessoa é, sobretudo, a unidade diretamente vivenciada com as vivências e não uma coisa somente pensada atrás e fora do que se vivencia diretamente. A pessoa não é uma coisa, uma substância, um objeto”.

O profissional de saúde, algumas vezes, não tem sensibilidade para perceber o ser doente como ser humano. De modo semelhante, se dá com o ser em coma quando, em sua pre-sença, discutimos sua condição existencial ou realizamos procedimentos em seu corpo físico, sem levar em conta seu ser-aí lançado na facticidade da doença. Cuidar do ser-aí portador de doença mental envolve princípios éticos, entre eles, o respeito ao outro, considerando a singularidade da sua pre-sença, como se estivesse compreendendo o cuidado prestado, pois torna-se difícil reconhecer seu grau de consciência e a sua percepção em relação ao mundo circundante. O discurso abaixo demonstra como o ser-aí portador de doença mental percebe o cuidado prestado:

“... ele me deu medicação em demasia, ele fez experiência comigo ... eu te falei, eu era uma cobaia. Ele me deu, me deu remédio, para ver até onde eu ia ... para ver se eu ia cair um dia, eu acho que ele estava pensando nisso: ah, um dia ele vai cair, porque ele me deu remédio, só que eu nunca me entreguei ... se ele achava que ia me vencer pelo cansaço, ele se enganou” (F1- Filho).

A família percebe o modo deficiente como seu familiar é cuidado, observando como este mostra-se fisicamente, com uma aparência descuidada em relação à higiene, impregnado de medicação, tornando a linguagem, muitas vezes, arrastada e ininteligível, com dificuldades para manter um diálogo e a ausência de uma relação envolvente e preocupada com o bem-estar do ser doente.

“Olha, eu não sei, eu acho que elas deviam de cuidar mais daquelas pessoas doentes, porque eles andavam atirados, sujos, aquelas pessoas sujas, eu acho que deviam de cuidar mais dos doentes, quando tivessem lá dentro, porque eles não cuidam muito. Não intoxicar de remédio, como eles fazem, acho que deviam conversar, tratar bem o problema deles, conversar com a família e não intoxicar de remédio. O mano mesmo, toma um bocado de remédio, acho que isso não teria tanta necessidade, porque teve uma época mesmo que o mano não estava doente e o doutor deu remédio para ele; ele chegou em casa bom, parou de tomar remédio e não fez nada. Acho que eles deveriam conversar mais, em vez de dar tanto remédio” (F1- Irmã).

Heidegger denomina de solicitude o relacionar-se com um ser, com vários seres, de uma maneira envolvente e significativa. Na maioria das vezes, esta solicitude não acontece na relação dos profissionais de saúde com a família e com o familiar doente, pois não há preocupação no cuidado prestado, limitando-se, freqüentemente, apenas a uma face do cuidado: dar a medicação. Cuidar é muito mais do que isso, é responsabilizar-se pelo cuidado físico do outro quando ele não tem condições de fazê-lo por si, buscando elevar sua auto-estima, preocupando-se com o ser que é cuidado. É aproveitar todos os momentos das ocupações no cotidiano do trabalho no hospital ou da própria vida familiar, para estimular, no ser doente, o seu potencial para a saúde, o seu poder-ser, buscando, na medida do possível, sua autonomia para que reconheça sua competência como ser-no-mundo. O cuidado pode resgatar o ser doente para a vida, se houver uma aproximação dos que cuidam com os que são cuidados, estabelecendo uma relação de confiança com o ser cuidado, mesmo que baseada numa comunicação não-verbal.

Outro aspecto relevante no cuidado prestado é a ausência de informações aos seres cuidados, o que pode dificultar a compreensão da importância de dar continuidade ao tratamento, em casa, incluindo aí, a terapia medicamentosa. Na maioria das vezes, o medicamento é, por longos anos, um companheiro inseparável

do ser-aí portador de doença mental. Por isso, a família precisa conhecer sua função como controlador da ansiedade e da angústia, diminuindo o número das crises agudas da doença, além dos seus efeitos colaterais, bem como a importância do retorno às consultas para avaliações periódicas, para que se previna a superdosagem, o que pode levar a um comportamento robotizado. No cuidado prestado no cotidiano do hospital psiquiátrico, parece estar inserida a dificuldade dos profissionais de saúde em reconhecerem a “deficiência do seu afazer”, para poder repensá-lo e buscar outras maneiras de cuidar que atendam as expectativas da família. O discurso abaixo manifesta a maneira como a família percebe o cuidado:

“Elas (assistente social e psicóloga) conversam com a gente uma vez por semana, eu gostei, só que eu acho que poderia ter mais um apoio” (F1- Mãe).

No hospital psiquiátrico, alguns profissionais de saúde têm como rotina realizar reuniões semanais com a família do ser-aí portador do diagnóstico de doença mental, a fim de informar-lhes quanto ao funcionamento da instituição e os pertences que a família pode e/ou deve trazer, nos dias da visita. Tais reuniões, no entanto, da maneira como estão sendo realizadas, parecem não atender o real interesse da família.

A angústia de vivenciar a doença mental, faz com que a família tenha o desejo do reconhecimento da sua singularidade como ser-no-mundo do hospital, por aqueles que cuidam. Para Heidegger, “Na angústia, se está estranho. Estranheza significa igualmente não se sentir em casa” (1997, v.1, p.252). Quando a família refere estranheza às reuniões realizadas pela equipe, parece vivenciar este momento do cuidado com autenticidade, querendo retirar sua presença do empenho de-cadente no mundo da doença mental, mostrando que quer ser reconhecida como um ser-aí que necessita ser cuidado, singularizando sua presença como ser-com e ser-em.

Deseja romper com a familiaridade da rotina hospitalar, manifestando que o seu ser, junto à ocupação dos profissionais de saúde, encontra-se no modo existencial de “não sentir-se em casa”. O discurso da família revela a sua “estranheza” ao cuidado realizado no mundo do hospital psiquiátrico:

“A reunião que elas (psicóloga e assistente social) fazem naquelas horinhas ali, poderia ser mais um pouco, mais dias na semana, conversar mais de um em um, porque elas conversam com todo mundo junto e aí tu não consegues te abrir. Eu acho assim, que elas tinham que conversar sobre a tua pessoa que está ali e não todo mundo junto, que às vezes, tu fica chateada, aquele monte de gente e tu não consegues dizer o que tu queres dizer ou perguntar o que tu queres saber a respeito da pessoa, é todo mundo junto e às vezes, tu te chateia, tem gente ali que tu não queres que fiquem sabendo da tua vida. Eu mesma, todas vezes que fui lá, nunca cheguei perto e disse: eu quero saber isso e isso do meu filho, porque todo mundo fica sabendo e eu me sinto estranha. Para mim aquilo é estranho. Eu gostaria mais de uma reunião particular, com cada familiar, eu sei que é difícil, mas ali, como elas fazem, todo mundo junto, eu acho muito ruim” (F1- Mãe).

A família refere que gostaria que as reuniões fossem realizadas mais do que uma vez por semana, em horários diferenciados, a fim de que os familiares que trabalham, pudessem participar; além disso, considera que, primeiramente, deveria haver um contato prévio com cada família, individualmente, abrindo-se um espaço para que expressem suas dúvidas em relação à doença e ao modo de cuidar do seu familiar.

Na primeira internação, quando tudo ainda parece ser novo para a família, as reuniões podem tornar-se irrelevantes, diante de um contexto pouco compreensível, cuja problemática é percebida como grave. O interesse da família volta-se para a busca de uma recuperação imediata da saúde e/ou a cura do seu familiar, além da necessidade de aprender a lidar com uma situação nova que lhe é totalmente desconhecida, num momento em que a fragilidade emocional é intensa:

“Eu só tive acesso ao médico e a uma assistente social, para mim, a princípio, achava que aquelas reuniões da assistência social junto com todos os familiares, aquilo para mim não era necessário, porque o que eu ia tirar de proveito dali, eu estava passando por um problema gravíssimo, para mim, estava sofrendo muito, me sentindo muito magoada, então vendo outros casos assim, aquilo ali para mim não me construiu em nada. Eu queria mais é que a minha filha ficasse boa, aquilo ali para mim não era necessário, eu não gostava daquelas reuniões” (F2- Mãe).

Quando outras preocupações parecem mais relevantes do que conhecer as rotinas do hospital, tais reuniões tornam-se desnecessárias para a família, não atendendo aos seus interesses quanto ao que fazer para ajudar seu familiar. A convivência da família com os profissionais de saúde, no cotidiano do hospital, parece caracterizar-se por um cuidado indiferente às necessidades da família.

Principalmente no período inicial da doença, as famílias consideram que tais reuniões servem para tomarem conhecimento de outros casos semelhantes ao que estão vivenciando, o que lhes proporciona mais tristeza, em função da co-existência com outras famílias que se mostram tão desorganizadas e diferentes, que parecem justificar a existência da doença mental no seu familiar. Em determinados momentos, depois de algumas reinternações, as reuniões podem tornar-se, também, motivo de descontração para a família:

“Eu e o meu marido assistia, porque era quase obrigatório, porque ela já fez não sei quantas hospitalizações ... então nessas outras reuniões que a gente assistia, a gente olhava um para o outro e começava até a rir, porque cada uma, cada estapafúrdia que aparecia, que a gente dizia: esse aí coitado tem que estar mesmo bem pirado, porque o restante da família, vou te dizer ...” (F2- Mãe).

A dificuldade que a maioria dos profissionais de saúde tem em se colocar no lugar do ser-aí cuidado, para poder compreendê-lo, é algo ainda bastante presente no cuidado prestado no hospital psiquiátrico. Para Olivieri (1985), é necessário fazer uma tentativa de imaginar-se como quem é cuidado para poder compreendê-lo, conhecer seus pensamentos e sentimentos quando vivencia a doença; essa maneira de cuidar pode levar ao estabelecimento de uma relação de confiança, tornando o outro mais seguro para enfrentar o problema, o que ele considera como: “ Ter uma visão através de seus próprios olhos” (Olivieri, 1985, p.40).

Um cuidado que não envolve a participação e a singularidade de quem é cuidado pode tornar-se irrelevante e a grandeza do propósito inicial também pode diluir-se na imensidão da angústia do outro, que aumenta frente aos questionamentos sem respostas. Na convivência cotidiana, “algumas vezes, a presença preocupa-se com as coisas e ocupa-se dos outros” (Lopes,Souza,1997, p.88). Nessa convivência entre os profissionais e a família, em que a ocupação com

a burocracia do serviço hospitalar, assume prioridade em relação à preocupação com a presença da família, esta pode afastá-la ainda mais dos profissionais de saúde, da sua possibilidade de diferença e expressão no mundo da doença mental, caracterizando uma relação impessoal. Para Heidegger (1997, v.1), o modo de ser do impessoal se atém aquilo que considera conveniente e importante para si, o que admite como valor ou desvalor, sem se preocupar com o que o outro acha mais conveniente para si.

A família, ao confiar num profissional de saúde, sente-se inconformada, quando este não pode continuar atendendo seu familiar doente, mesmo que por questões referentes à organização da instituição. Esta recusa pode gerar maiores dúvidas na família quanto à doença e à sua recuperação; por vezes, acredita ser tão difícil o problema do seu familiar, que os profissionais não querem mais responsabilizar-se pelo seu cuidado:

“Gostei do jeito que ela atendeu ele. Ela tratou ele muito bem. Inclusive, eu tentei voltar para ela, só que ela não aceitou, disse que não, que aí o médico dele já era outro, que tinha baixado com outro, ela disse: não, não posso pegar ele de volta. Aí, isso aí me aborreceu, porque ela já conhecia o quadro dele, anteriormente. Ela disse assim: tu tens que ir no teu médico, pedir alta para ele, dizer que tu queres vir para mim, aí eu posso te pegar, senão, do contrário, não tem condições, por motivo de estar dentro do hospital e a gente ser tudo colegas de serviço” (F1- Mãe).

Mesmo assim, a família mostra-se incansável na busca do profissional que cuidou bem do seu familiar, manifestando a sensação de que se tivesse condições econômicas favoráveis, provavelmente, poderia ser atendida pelo profissional escolhido, no seu consultório particular, sem que problemas externos ao relacionamento família e profissional interferissem nessa relação.

“Eu tentei voltar para ela, só que ela não aceitou. (...) Ela disse para mim que não, até falei com ela no telefone e ele foi, pessoalmente, lá falar com ela, mas ela disse a mesma coisa. Só falando com o médico dele, aí então ela pegaria. Aí, o que eu fiquei pensando disso? Será que ela achou o caso dele difícil, não se encontrou e não quer pegar essa barra dura de novo? Não falei mais com ela, depois disso” (F1- Mãe).

A segurança e a confiança parecem essenciais para a família do ser-aí portador de doença mental, na sua relação com os profissionais de saúde; deseja o bem estar do seu familiar e quando encontra um profissional de saúde que lhes transmite a segurança de que o seu familiar está sendo bem cuidado, não consegue compreender porque não tem o direito de escolher o profissional em quem acredita. Será ético não priorizar o atendimento do ser que se internou para o profissional que já o atendera anteriormente, se este for o desejo e a necessidade da família? As questões referentes à organização do serviço, no cotidiano do hospital, parecem ser prioritária às necessidades da família.

“... se eu tivesse dinheiro, teria pago uma consulta para ela, no consultório e tinha levado ele. É que eu não tinha dinheiro, menos de cinquenta reais não é, para mim ir lá no consultório, mas se eu tivesse dinheiro ... dentro do hospital não poderia por causa do outro médico, mas se eu levar no consultório, é claro que ela vai poder atender” (F1- Mãe).

O ser-aí portador de doença mental manifesta insatisfação, sentimentos de raiva, aborrecimento, tristeza e medo em relação ao cuidado prestado pelo profissional médico, pois considerou que este não o tratou como um ser humano.

*“ Se eu dizia: ‘estou com dor de cabeça’.
‘Ah, então eu vou te dar uma injeção’ (médico).
‘Ah, doutor, estou com dor no pé’.
‘Então vou te mandar para o ...’
Pô, o que custava me examinar? Está com dor no pé, então vamos ver o que é que tem no teu pé. Tira o teu calçado, vamos ver o que é que tem no teu pé, está doendo? Aonde? Eu achava mais simples ele fazer isso. Não, eu vou te encaminhar para tal médico. Se ele era o meu médico, porque ele tinha que me encaminhar para outro médico? Foi esse tipo de coisa que me deixou mais abalado em relação a ele” (F1- Filho).*

Vivenciando incertezas e angústias, o ser-aí portador de doença mental expressa o desejo de fugir de uma relação insatisfatória, permeada pelo medo de receber o tratamento “errado”, novamente. Quando não existe uma relação de

confiança entre quem cuida e quem é cuidado, o ser-aí cuidado sente-se ameaçado como ser-no-mundo das ocupações, transformando o seu temor em pavor, constituindo-se num modo inautêntico de vivenciar a doença. Provavelmente, o medo que o ser-aí portador de doença mental vivencia na relação com o profissional de saúde está associado às suas experiências anteriores, nas demais interações. O medo com o caráter de pavor parece desvelar-se no discurso abaixo:

“A raiva foi o primeiro sentimento que me deu, depois, eu fiquei muito triste, bastante aborrecido com ele. Eu disse para mãe: eu quero ir embora, não quero mais voltar para o médico. Não é por estar lá, pelo tratamento lá dentro, o problema é o médico. Foi ele que me tratou mal. Para mim ficou aquela visão assim: me tratou mal uma vez, vai me tratar sempre. Eu tinha medo que ele fosse, de uma hora para outra, me dar o tratamento errado, novamente” (F1- Filho).

A ausência de informação, a respeito do cuidado prestado ao ser-aí portador de doença mental, pode fazê-lo sentir-se desrespeitado quanto a sua presença e, ao mesmo tempo, mantê-lo na dependência do cuidado do outro, dificultando, ainda mais, o exercício da sua autonomia para o auto-cuidado. Este modo dos profissionais de saúde cuidarem do ser-aí portador de doença mental, na convivência cotidiana do hospital psiquiátrico, constitui-se no que Heidegger (1997, v.1), denomina de “substituição dominadora”, um modo deficiente de preocupação, no qual quem cuida substitui a ação possível do outro, retirando o seu fazer, dominando-o e manipulando-o, caracterizando uma situação de co-existência inautêntica entre os que cuidam e os que são cuidados.

Há a necessidade de ter um maior domínio sobre si mesmo, a partir do conhecimento da doença mental, bem como a troca de experiências entre os seres humanos que convivem com a doença mental. Emerge, assim, a necessidade de criar alternativas na busca do auto-cuidado, diante de um tratamento que não lhes parece oferecer esta possibilidade. Uma das estratégias que os seres-aí portadores de doença mental encontram para alcançar uma compreensão maior em relação a sua doença é participando de grupos de auto-ajuda, como o Grupo de Psicóticos Anônimos, na qual compartilham suas experiências, suas estratégias de convivência

com os sintomas e informações sobre a doença (Pastore,1996). Entretanto, esta alternativa ainda é algo distante na co-existência entre os seres-aí que fazem parte deste estudo.

Provavelmente, a ausência de informação dificulta ao ser-aí portador de doença mental ter uma compreensão maior da sua doença, para poder assumí-la de maneira autêntica ou inautêntica; ou seja, mediante uma maior compreensão do que lhe acontece, decidir cuidar-se e buscar múltiplas possibilidades de ser e viver bem ou ao contrário, negar o seu cuidado e permitir sua alienação do mundo circundante. Heidegger (1997, v.1), considera que somente a partir da compreensão de si mesma é que a pre-sença abre o seu poder-ser mais próprio. Já, o não saber, “não consiste numa ausência de compreensão, mas deve ser considerado um modo deficiente de se projetar o poder-ser” (p.133). Esse não-saber sobre a doença pode fechar as possibilidades do ser-aí portador de doença mental para poder-ser mais, o que, provavelmente, retarde a possibilidade de uma convivência menos conflituosa e menos sofrida com sua família. A ausência de informação sobre o cuidado prestado, parece estar presente nas entrelinhas deste discurso:

“Eu estava lá dentro, não sabia que remédio eu estava tomando, me diziam: olha, toma o teu remédio e eu tomava. Eu não sabia o que eu estava tomando, eu não sou médico, eu não tenho consciência do que é cada um daqueles remédios, qual o efeito que faz, o efeito colateral que tem, então, tudo isso eu não sabia, eu estava tomando por tomar, só que eu não sabia o que eu estava tomando”(F1- Filho).

Já, quando o ser-aí portador de doença mental encontra-se em melhores condições de saúde, o que parece facilitar o acesso do profissional médico a ele, começa a ter uma outra visão deste profissional, percebendo suas atitudes como mais humanas. O ser-aí portador de doença mental refere que o médico se despiu dos seus preconceitos em relação à doença mental, visualizando-o como um ser que tem um potencial para a saúde, tratando-o com respeito:

“Eu dou a mão à palmatória, mas agora, ele está mais aberto comigo. Acho que está nota dez comigo, acho que até demais”(F1- Filho).

Os demais familiares, por sua vez, reconhecem o novo modo de agir do profissional de saúde com seu familiar doente, como uma atitude esperada, já que seu familiar não estava mais na condição de doente e conseguia responder às situações da vida, de forma mais coerente:

“Ele tinha que mudar, agora ele não está mais no hospital, então tem que lidar com ele de outra forma, eu acho. Quando ele estava sendo medicado e a cabecinha dele estava confusa, eu acho que tinha que falar com ele de um jeito. Agora ele saiu, está sendo uma pessoa normal ... tem que tratar de outra forma. Conversar mais com ele, porque ele não é mais aquele paciente doente, lá do hospital” (F1- Mãe).

Muitas vezes, ainda, a família discorda do tratamento prescrito por achá-lo agressivo e desumano como, por exemplo, na indicação da eletrochoqueterapia. Entretanto, essa percepção, em relação ao cuidado prestado, fica encoberta, novamente, pelo medo de discordar e desobedecer a prescrição médica e, conseqüentemente, ser punida e desrespeitada pelo profissional de saúde que poderia, até, decidir não querer mais cuidar do seu familiar doente. Silveira apud Gullar (1999), uma das primeiras psiquiatras, no Brasil, a defender os direitos do ser-aí portador de doença mental como ser humano, ao descobrir o poder-ser deste ser-aí, denunciou a brutalidade e o equívoco do uso da lobotomia e da eletrochoqueterapia, acreditando que a relação com este ser-aí deve ser embasada numa profunda identificação com o seu sofrimento e a sua dor e que, quem cuida deve escolher o caminho do afeto para cuidá-lo, ajudando-o a reaproximar-se da realidade externa.

Um ser-aí portador de doença mental, que já experienciou a eletrochoqueterapia como um modo de ser cuidado, também considera esse procedimento brutal com o ser humano, manifestando pânico e pavor, toda vez que é preciso se submeter a essa terapêutica. Relatou, assim, seu passado de horror:

... meu pavor aumentava. Os minutos eram infundáveis. Preso naquele quarto, esperando o choque, eu rezava, lambia o chão e engolia a sujeira. No desespero em que estava, faria qualquer coisa para não tomar o choque. (...) É um tratamento criminoso que deve ser punido, ainda que haja uma corrente da psiquiatria defendendo o eletrochoque como a melhor alternativa contra a depressão. (...) Será que o crime é apenas matar o ser humano ou também deixá-lo sem o controle de suas funções? (Austregésilo, 1996, p. 12).

Este ser-aí vem dedicando-se à denúncia das terapias aplicadas aos doentes mentais no Brasil, participando do movimento pela extinção dos hospitais psiquiátricos e insistindo na necessidade de lutar pelos modos de cuidar alternativos, evitando o abandono do ser-aí portador de doença mental nas mãos de seres desprovidos de sentimentos mais humanizados. Heidegger considera que: “O cuidado define o homem como ser-no-mundo. (...) O cuidado está presente em todo comportamento e situação do estar-aí. A perfectio do ser humano, o tornar-se aquilo em que seu ser é livre para suas mais próprias possibilidades é um resultado do cuidado” (Stein, 1990, p. 84-90).

A eletrochoqueterapia não define o ser-aí portador de doença mental como ser-no-mundo, pelo contrário, retira sua pre-sença do mundo, anulando seu modo de ser e seu poder-ser, mesmo que por um período restrito de tempo. Esse modo de ser do profissional de saúde com o ser-aí portador de doença mental, indiferente aos seus sentimentos e pensamentos, caracteriza uma relação marcada pelo não se sentir tocado com a pre-sença daquele que é cuidado. O discurso, a seguir, revela a ambigüidade de sentimentos da família em relação ao que fazer, quando o profissional prescreve a eletrochoqueterapia, como último recurso terapêutico para o seu familiar doente:

“Meu esposo não está com vontade de permitir a eletrochoqueterapia, mas ainda não sabemos o que vamos fazer. Tenho medo de não seguir a orientação dele e ele me fazer alguma estupidez, porque ele é muito estúpido. Na outra vez que ele atendeu a nossa filha e resolvemos levá-la para outra cidade, ele ficou um bom tempo sem falar comigo. (...) Acho que se eu for contra a decisão dele, ele não atenderá mais a nossa filha” (F2- Mãe).

A eletrochoqueterapia é um cuidado desumano, semelhante aquele realizado nos campos de concentração, onde predominava a discriminação social e as torturas, até os seres humanos perderem a noção de si próprios. Torturar os seres humanos e deixá-los numa condição de robotização e automatismo, provavelmente, impede-os de encontrarem-se consigo mesmos e com o mundo externo, na medida em que não tem mais opinião própria. O novo paradigma, que é a proposta da Reforma Psiquiátrica, no que se refere ao cuidado prestado ao ser-aí portador de doença mental, busca cuidar do ser-aí doente e não da doença, em que o contato com o mundo deve ser direto e permanente; as decisões quanto ao cuidado devem ser tomadas em conjunto; as portas da instituição devem estar abertas e ser uma continuação da rua; o ser-aí portador de doença mental deve manter-se numa condição de liberdade para poder encontrar-se (Peixoto,1996). Entretanto, a determinação sobre esse cuidado, na maioria das vezes, não leva em consideração a decisão do ser-aí portador de doença mental, no sentido de confirmar se esta experiência lhe trouxe benefícios na sua convivência com a doença e para a sua co-existência com os outros no mundo.

Podem as mudanças que estão ocorrendo em saúde mental representar um novo paradigma⁷, quando ainda permitem um tratamento desumano como a eletrochoqueterapia? Pode o ser doente tomar decisões, quando recebe repetidos choques elétricos no cérebro, tornando-o apático, indiferente e sem responder as exigências do mundo? O cuidado prestado, a partir de uma estruturação maior daquilo que é planejado, requer, ainda, um respaldo legal que garanta ao ser-aí portador de doença mental, seus direitos como um ser que, também, tem o poder de fazer escolhas para si, desde que estas opções não prejudiquem os demais. É preciso a convicção de que, por trás das manifestações da doença, existe um ser humano que necessita e deve ser considerado como tal.

O ser-aí portador de doença mental também sente, pensa e tem uma história de vida; provavelmente, sua dificuldade para relacionar-se com os outros, o medo de machucar-se ou se considerar incapaz, de não conseguir adaptar-se às normas da sociedade que, muitas vezes, constituem-se em verdades absolutas, o condenam ao aprisionamento do seu ser, em que os outros lhe determinam, como

⁷ Aí parece haver uma contradição, uma vez que na Reforma Psiquiátrica não se encontra nenhum respaldo legal em relação a eletrochoqueterapia, cujo procedimento terapêutico inviabiliza por algum tempo, o poder de decisão do ser-aí portador de doença mental.

sentença, uma incapacidade permanente.

A família percebe outras situações de desrespeito ao seu ser-aí, como quando o profissional comenta sua existência e a do seu familiar doente com pessoas, alheias ao serviço de saúde, inclusive, identificando os nomes dos membros da família. Expressa sentimentos de descontentamento e irritação, mas, novamente, não os expõe ao profissional, submetendo-se a esta situação pelo temor de enfrentar seu modo de ser:

*“Ele é muito desconfiado e fala demais ... fica falando para todo mundo o nome dos pacientes, sobre a vida deles e da família. Mas, o que é que se vai fazer? A gente precisa, não é?”
(F1- Mãe).*

Neste discurso, emerge a necessidade de uma postura ética do profissional de saúde frente ao cuidado, preservando a singularidade dos seres-aí cuidados. Algumas vezes, os anos de experiência profissional podem favorecer a adoção de práticas e posturas que não demonstram o respeito ao outro, pois desconsideram a singularidade dos seres-aí cuidados. Também, a falta de experiência profissional pode gerar insegurança no profissional de saúde que não consegue, inicialmente, voltar sua atenção para aquele que é cuidado, desconhecendo as implicações morais dessas atitudes no cuidado prestado.

Uma das famílias deste estudo vê o profissional de enfermagem⁸ como não interessado pelo cuidado prestado ao seu familiar doente. Entretanto, no seu entendimento, quando a família o recompensa, parece assegurar que seu familiar será bem cuidado no hospital psiquiátrico, durante sua ausência:

“As enfermeiras não se interessam pelo paciente, nem pelo familiar, se tu não lewares presentes” (F2- Mãe).

O desinteresse da equipe de enfermagem, muitas vezes demonstrado no cuidado prestado ao ser-aí portador de doença mental e à sua família, caracteriza,

⁸ Neste estudo não foi possível identificar o profissional da equipe de enfermagem, ao qual o familiar estava se referindo, tendo-se constatado somente que era o profissional que prestava os cuidados diretos ao familiar doente.

novamente, o que Heidegger denomina como um modo deficiente de cuidar. Traz consigo a indiferença em relação ao significado da experiência da doença para aqueles que estão vivenciando-a, provavelmente, caracterizando um cuidado precário e desprovido de um objetivo maior do que a simples ocupação.

Historicamente, a enfermagem psiquiátrica surgiu para facilitar o trabalho médico, em que o cuidado qualificado não parecia ser prioridade. Os hospitais psiquiátricos eram considerados, então, como locais sem perspectiva de futuro profissional, encontrando-se, ali, as enfermeiras mais problemáticas e irresponsáveis, sem competência técnica para ir mais além do que, simplesmente, executar as determinações médicas, ficando subordinadas ao saber deste profissional. A enfermeira ocupava a posição de disciplinadora, sendo a intermediária entre os guardas e o médico (Belmonte et al, 1998).

Entretanto, essa ocupação pode tornar o cuidado bastante significativo, desde que, esteja atrelada à preocupação, constituindo-se num fazer respaldado no conhecimento teórico, capaz de colocar o profissional enfermeiro numa condição de igualdade em relação aos demais profissionais de saúde, determinando seu espaço e a relevância do seu trabalho na equipe de saúde, bem como para os seres-aí cuidados. Muitas vezes, a ausência de determinação no seu afazer cotidiano, a partir da compreensão das necessidades daqueles que são cuidados, pode deixar um espaço vazio no cuidado prestado.

Porém, quando o profissional de saúde demonstra preocupar-se com o ser-aí portador de doença mental, através de uma relação permeada pelo diálogo e pelo interesse autêntico com o bem-estar do outro, este profissional começa a ser considerado pelo ser doente como humano, capaz de cativá-lo, fazendo-o sentir-se, também, mais humano. Este profissional, quando quer, consegue fazer mais que, simplesmente, executar sua técnica, para a qual foi preparado, tendo a capacidade de conquistar a confiança do ser doente e estabelecer uma relação terapêutica com ele, constituindo-se num modo eficiente de cuidar:

“Tem pessoas que sabem como cativar o sentimento da outra pessoa, lá no hospital, tinha uma enfermeira que era psicóloga ... ela não tem nada a ver com psicologia, ela era enfermeira, mas para mim é como se fosse psicóloga ... eu consigo conversar com ela sobre outros assuntos, perguntava o que eu estava sentindo, se tinha alguma coisa errada comigo, eu conversava com ela. Qualquer profissional da saúde tem condições de fazer isto, basta querer, tem que partir dele a iniciativa de querer ajudar as pessoas. (...) Tem certas pessoas que fazem só o papel delas e mais nada, mas tem outros que fazem o deles e algo mais ... aí, já ganham o paciente naquilo ali, porque um pouquinho que se faça a mais, pode ser considerado muito para a pessoa que está precisando” (F1- Filho).

A família reconhece o trabalho do profissional psicólogo, como sendo o de ajudá-la a enfrentar e superar as dificuldades, decorrentes da convivência com um ser-aí portador de doença mental. Sente-se presa a vários sentimentos advindos desta convivência e tem necessidade de conversar sobre as dúvidas e situações que lhes incomodam. Quando a família freqüenta um serviço extra-hospitalar, no entanto, pode perceber-se, apenas, como o acompanhante do seu familiar doente, limitando-se a levá-lo e buscá-lo, não se vendo incluída no cuidado prestado.

“O psicólogo é ... com quem eu converso, aí eu começo a conversar, aí me sinto aliviada. Eu nunca fui num. (...) Acho que eu teria que ter a ajuda de uma psicóloga, sempre, sempre. Me sinto sufocada, eu também sinto vontade de conversar e desabafar com alguém, então eu precisaria dessa ajuda. Tenho problema de nervos, a coisa mais séria, mas eu consigo controlar isso, com todo o sufoco. Tem noites, que eu passo a noite inteira em claro. Ontem, eu dormi, porque abri o vidro de remédio e toquei boca abaixo, mas com calmante natural. Sinto vontade de ter alguém para conversar e não tenho e tenho que ajudar ele. A respeito dele mesmo, eu preciso de muita coisa ...” (F1- Mãe).

“Eu descobri esse Centro de Saúde Mental e ela esteve um tempo, depois desistiu, se enjoou. (...) Lá, o trabalho era feito só para a pessoa doente, para a família não” (F2- Mãe).

Já, o ser-aí portador de doença mental considera o psicólogo como um amigo do doente, alguém que lhe transmite segurança; é a força nos momentos difíceis e o

apoio emocional. Entretanto, acredita que os demais profissionais de saúde, também, têm capacidade de oferecer ajuda e apoio, desde que prestem um cuidado mais humanizado e tenham interesse em compartilhar, com o ser doente, seus sentimentos. Se o profissional de saúde se dispuser a demonstrar interesse e tentar conquistar a confiança do ser-aí portador de doença mental, poderá confortá-lo no momento em que ele precisar de ajuda. O cuidado humanizado é um modo eficiente de cuidar do ser-aí portador de doença mental, porque leva em conta o seu ser, preocupando-se com seus pensamentos e sentimentos, diante da experiência de vivenciar a doença mental, facilitando assim, a recuperação da sua saúde e estimulando sua vontade de continuar vivendo:

“Bom, o psicólogo, antes de tudo, é um amigo do paciente e transmite segurança para o paciente, é o braço forte na hora difícil, é aquele que transmite força e segurança quando tu precisas. Em geral, eu acho que é isso, um apoio que a pessoa tem, quando precisa. Para mim foi isso ... eu estava num beco sem saída, para mim, foi um apoio. (...) Qualquer profissional da saúde tem capacidade para ajudar o doente, basta que ele tenha interesse em compartilhar com o paciente, os sentimentos do paciente. Com sentimento consegue, se ele demonstrar para o paciente e se ele conseguir que o paciente confie nele” (F1- Filho).

A relação de ajuda está atrelada ao cuidado, quando este está imbuído de envolvimento, possibilitando ao ser doente compreender que quem lhe cuida se importa com seu bem-estar, é solícito com o seu ser, pelo estabelecimento de uma relação mais próxima e de confiança; entretanto, para que essa ocorra é necessária a disposição dos seres que cuidam. Sentir-se cuidado, também, refere-se à presença do profissional de saúde, no sentido de se dispor a fazer o melhor possível no mundo das ocupações, ou seja, cuidando.

Quando predomina o mau-humor no encontro com o ser doente, não ocorre disponibilidade, nem abertura suficientes para compreendê-lo, prestando um cuidado desprovido de dedicação e de reflexão sobre o fazer cotidiano das ocupações, tornando esse fazer mecânico, sem preocupar-se com o ser-aí cuidado. Em relação a afetividade, o humor ou estado de ânimo, a disposição é um modo de

ser da pre-sença. Para Heidegger (1997, v.1, p.188-191):

Disposição é o estado de humor. Na disposição, a pre-sença já sempre se encontrou, não como percepção, mas como um dispor-se no humor. No mau-humor, a pre-sença se faz cega para si mesma, o mundo circundante da ocupação se vela, a circunvisão da ocupação se desencaminha. (...) A disposição é tão pouco trabalhada pela reflexão que faz com que a pre-sença se precipite para o 'mundo' das ocupações numa dedicação e abandono irrefletidos.

O cuidado voltado para o ser doente, percebendo-o como um ser e não apenas como um organismo ou uma mente doente, um ser-aí que tem capacidade para fazer escolhas e responsabilizar-se por si e pela sua saúde, parece muito significativo para os seres-aí cuidados pelos profissionais de saúde. Esta necessidade mostra-se quando o ser-aí portador de doença mental quer participar do mundo externo, desejando que o procedimento técnico realizado pelo profissional seja humanizado, não se restrinja a um fazer mecânico, mas também, busque resgatar a saúde do ser doente, inserindo-o em assuntos do cotidiano. Esta atitude permite que ele se sinta como pre-sença no mundo do hospital, aproximando-o da realidade extra-hospitalar. A experiência de vivenciar a doença mental apresenta-se como algo estressante, que envolve os mais variados sentimentos. No entanto, quando o ser doente tem sua existência única e singular reconhecida, provavelmente, favorece sua recuperação, capacitando-o a conquistar seu lugar no mundo circundante:

*“Se tu vais me dar uma injeção, tá ... mas, se quando aplicares, conversares comigo, tu me ajudas um monte, não é só a injeção que tu me aplicaste que me ajudou, mas o que tu conversaste comigo ou se tu contas alguma coisa dos teus filhos, da tua família ... eu conto coisas da minha família, coisas fora do que está vivendo o paciente dentro do hospital, é importante para pessoa, ter um mundo ao redor, não estar tão fora do mundo”
(F1- Filho).*

O cuidado humanizado pressupõe, o reconhecimento das limitações do ser-aí portador de doença mental, constituindo-se num ter consideração. Entretanto, a paciência, como a expectativa do que está por vir, faz-se necessária, porque, na

maioria das vezes, o cuidado envolve uma sensibilidade, a fim de perceber o momento mais adequado de buscar no ser-aí portador de doença mental seu desejo de responder aos estímulos externos.

O cuidar de modo eficiente envolve a compreensão da pre-sença do ser-aí portador de doença mental como um ser-no-mundo. Essa compreensão, para Heidegger (1997, v.1, p.200), “É o ser existencial do próprio poder-ser da pre-sença de tal maneira que, em si mesmo, esse ser abre e mostra a quantas anda seu próprio ser”. Nos discursos das famílias entrevistadas, é possível perceber que a compreensão da sua vivência está dissociada do cuidado, o que as faz sentirem-se excluídas e atendidas de modo deficiente com relação as suas necessidades, constituindo-se no que Heidegger (1997, v.1), considera como uma pre-sença sem sentido no mundo do cuidado realizado pelos profissionais de saúde, “Somente a pre-sença pode ser com sentido ou sem sentido. Isso significa: o seu próprio ser e o ente que se lhe abre podem ser apropriados na compreensão ou recusados na incompreensão” (p.208).

A relação dos profissionais de saúde com a família é caracterizada por um “modo privativo de não ouvir” porque, na maioria das vezes, não há compreensão da situação existencial destes seres. Entretanto, para Heidegger (1997, v.1), o ser-com determina, existencialmente, a pre-sença, “Somente um ser-com e para um ser-com é que o outro pode faltar” (p. 172). Mesmo quando os profissionais de saúde não cuidam da família, ainda permanecem no modo de ser-com, no modo indiferente de ser-com, fazendo-se necessário aprender a conhecer-se. Quando se dá a ausência de um conhecimento maior por parte dos profissionais de saúde sobre o significado de vivenciar a doença mental na família, pode haver a necessidade de buscar caminhos específicos para que ocorra uma aproximação dessas co-presenças no mundo do cuidado.

Reconhecendo o cuidado como o instrumento mais valioso do profissional de saúde, emergiu, também, a necessidade de conhecer qual o significado de ser cuidado para a família.

5.3. SER CUIDADO

Para Heidegger (1997, v.1), existem dois sentidos para a preocupação ou cuidado. A preocupação com o ser que é cuidado pode gerar um cuidado eficiente que libera o outro para assumir o seu cuidado, tomar decisões e poder-ser ou ao contrário, pode tornar o ser que é cuidado dependente e incapaz de assumir suas múltiplas possibilidades de poder-ser. A pre-sença pode compreender-se a partir de seu mundo, de modo autêntico ou inautêntico. Essa compreensão de si mesma, provavelmente, acontece de acordo com a maneira como é realizado o cuidado.

5.3.1. Preocupação

A preocupação pode estar relacionada aos modos deficientes e indiferentes de conviver com os outros, tais como, ser sem o outro, passar um ao lado do outro, não se sentir tocado pelo outro. Este modo deficiente pode referir-se, também, ao cuidado prestado ao outro, retirando-lhe o cuidado, assumindo a ocupação que o outro deve realizar. Esta substituição dominadora constitui-se num modo deficiente de solicitude, em que o preocupar-se pode tomar a direção de cuidar do outro, pulando em cima dele, subtraindo-o de seu fazer, do seu cuidar, o que conduz à dominação e à manipulação da co-presença, mesmo que de modo discreto. Nessa co-existência inautêntica, o ser-aí é uma pre-sença que, simplesmente, está-junto-do-outro e torna-se dependente (Lopes, Souza, 1997).

A outra possibilidade de direção da preocupação é a anteposição liberadora,

que tem um caráter positivo, relacionada à co-existência autêntica de ajuda. O antepor-se em frente aquele que é cuidado, possibilita-lhe conquistar a liberdade e, assim, assumir o fazer, voltando-se para si mesmo de modo autêntico. É uma preocupação que não substitui o outro, mas que se lhe antepõe em sua possibilidade existenciária de ser, devolvendo-lhe o cuidado como tal. É permitir-lhe ter a posse sobre o seu próprio cuidado, cuja essência corresponde a cura, ou seja, o preocupar-se com a existência do outro não é algo do que simplesmente alguém se ocupa, mas é ajudá-lo a tornar-se transparente para si mesmo e livre para a cura.

A solicitude ou preocupação é guiada pela consideração e pela tolerância, ambas podendo acompanhar, também, os modos deficientes e indiferentes deste modo de ser, podendo chegar à total desconsideração ou à negligência e à intolerância. No pensar heideggeriano, "... ter consideração indica uma maneira de aceitar as tensões, os limites e as características diferenciais das situações e dos modos de ser, enquanto ter tolerância ou paciência pressupõe uma expectativa de algo que possa vir a acontecer" (Lopes, Souza, 1997, p.88).

O significado de ser cuidado é atribuído quando o ser que cuida, mostra preocupação com quem é cuidado, nas suas ocupações, não limitando o cuidado apenas à preocupação com a remissão dos sintomas agudos da doença, mas tendo por objetivo a sua recuperação como ser-no-mundo. Este modo eficiente de cuidar do ser doente constitui-se numa ocupação imbuída de preocupação com aquele ser que é cuidado, tornando a presença de quem cuida um modo positivo de ser-com o outro, "Ocupar-se da alimentação e vestuário, tratar do corpo doente é preocupação" (Heidegger, 1997, v.1, p.173). O significado de ser bem cuidado parece estar presente nesta fala:

"Dar a medicação na hora certa, ver se está bem direitinho, se não tem nada errado com ele. Eu não sei mais o que eu vou fazer com esse guri, está comendo demais, não sei se é a medicação que abre o apetite, mas eu não queria que ele ficasse gordo" (F1- Mãe).

Outro significado atribuído ao cuidado refere-se às condições de saúde do seu familiar doente, pois desde que ele esteja bem, a família também estará; é vê-lo

respondendo aos estímulos da família e responsabilizando-se pelo seu auto-cuidado, livre e com autonomia. Esse modo de ser do ser-aí portador de doença mental, em que se dispõe a colocar sua pre-sença diante de si mesmo e assumir o seu cuidado, caracteriza o que Heidegger denomina como a responsabilidade do seu ser, “Enquanto ente entregue à responsabilidade do seu ser, a pre-sença se entrega à responsabilidade de já se ter sempre encontrado” (Heidegger, 1997, v.1, p.190).

Inicialmente, quando ocorre a manifestação da doença, o ser-aí portador de doença mental pode não conseguir responsabilizar-se pelo seu auto-cuidado, fazendo-se necessário que o profissional de saúde e/ou a família assumam esse cuidado por ele. Entretanto, na medida em que começa a recuperar-se e consegue cuidar de si, passa a vivenciar um dos modos positivos e extremos da preocupação, considerado como “anteposição liberadora” (Heidegger,1997, v.1), em que o modo de cuidar não substitui o outro, saltando sobre ele, mas, ao contrário, deixa-o livre para tomar conta de si mesmo, “Essa preocupação que, em sua essência, diz respeito à cura propriamente dita, ou seja, à existência do outro e não a uma coisa de que se ocupa, ajuda o outro a tornar-se, em sua cura, transparente a si mesmo e livre para ela” (Heidegger, 1997, v.1, p.174). Esse significado de ser cuidado parece estar presente na fala de uma mãe quando diz:

“Eu só me sinto bem, quando ele está como agora, que está bem, que se cuida, ele mesmo toma banho ... ele está bem, eu estou super bem” (F1- Mãe).

Outra forma de sentir-se cuidado compreende a necessidade de organização dos serviços que, por vezes, inexistente na instituição hospitalar, onde são perdidos os objetos individuais do ser doente, o que implica em deixar este ser desprovido dos entes que caracterizam o seu modo próprio de ser-no-mundo. Esse modo de cuidar representa uma situação de desrespeito com o que pertence ao outro, já que, o ser doente, freqüentemente não consegue apropriar-se dos seus objetos no mundo do hospital psiquiátrico. Esta perda demonstra a dificuldade da equipe de saúde em conceber o ser doente como pre-sença no mundo do hospital. Por outro lado, existem situações em que fica difícil para a equipe de saúde ter o controle sobre o

comportamento do doente, quando, em meio a sua confusão mental, decide dar ou trocar com os outros os objetos que lhe pertencem. Como a família desconhece o que acontece no hospital, tem dificuldades para decidir se leva para o hospital os objetos pessoais do seu familiar ou se os deixa em casa, até que o ser doente possa responsabilizar-se pelo que é seu:

“A princípio, eu ficava impressionada, porque a gente levava uma certa quantidade de roupa e voltava quase nada, então a gente dizia: parece que a gente não cuida de nada. Depois a gente vai tomando consciência que é difícil tu cuidar de tudo aquilo ali com a mesma organização que a gente têm em casa. Então, a gente vai aceitando tudo. Agora, eu sei que o que vai, não volta” (F2- Mãe) .

Mesmo que, em determinadas situações de confusão mental, obnubilação ou agitação, o ser doente não consiga se ocupar e cuidar do que é seu, faz-se necessário que a família compreenda esta situação, a partir da ampliação do seu conhecimento do que acontece no mundo do hospital.

O modo como a família cuida do seu familiar doente parece ser eficiente, na medida em que se preocupa com o seu bem-estar. Preenche este cuidado com afetividade, numa relação interpessoal, em que existem muitos sentimentos positivos e significativos, principalmente, para o ser-aí portador de doença mental, que tem dificuldades em estabelecer uma relação com os outros e com o mundo, a partir de um maior envolvimento. O discurso abaixo retrata o modo pelo qual o ser-aí portador de doença mental considera-se cuidado:

“Quando eu me sinto bem cuidado? Cuidado pela minha mãe. É receber carinho, amor, dedicação, preocupação com a minha medicação ... dedicação, acho que, basicamente, é isso aí” (F1- Filho).

Ao perceber que a família reconhece a necessidade de uma certa organização na relação cotidiana com o seu familiar doente, para mantê-lo o mais saudável possível, é que surgiu o subtema: a tranquilidade no ambiente familiar, a fim de salientar a sua relevância para a família.

5.3.2. Tranqüilidade No Ambiente Familiar

A tranqüilidade no ambiente familiar refere-se à dinâmica das relações familiares, evidenciando a relevância do fortalecimento dessas relações como elemento indispensável para a manutenção da saúde dos seus membros.

A família considera como necessário e importante para a sua saúde mental e, principalmente, para a saúde mental do ser-aí portador de doença mental, um ambiente tranqüilo, desprovido de conflitos constantes, mantendo, na medida do possível, um certo equilíbrio na rotina familiar. Quando o ambiente familiar se mostra reestruturado, parece que o familiar doente coopera e reage ao tratamento, com maior esforço, no empenho em recuperar-se:

“A primeira coisa que eu atribuí à melhora, foi de todo mundo ... ah, como é que eu vou te dizer? Ter havido uma evasão daquilo que incomodava ela. Houve uma evasão total, porque houve uma mudança, as pessoas foram embora ... começou a tranqüilizar e a gente começou a ter aquela vida de paz, que a gente sempre teve. Eu acredito que tenha sido isso, não só a medicação, porque só a medicação, quanto tempo faz que a gente estava colocando boca abaixo, não sei quantos comprimidos e aumentando a dose, aumentando e nada fazia efeito”(F2- Mãe).

“ A gente sempre está disponível para ela, mas o contexto mesmo da situação, atualmente, não tem nada a ver com uma pessoa que está passando por esse problema”(F2- Mãe).

No ano anterior ao primeiro surto psicótico do ser-aí portador de doença

mental da F1, ocorreram mudanças bruscas na vida familiar. A família, até então, constituída pela mãe e dois filhos, teve o acréscimo de mais um membro que passou a fazer parte deste grupo, quando a mãe casou-se novamente. Como o filho suspeitava da inautenticidade do padrasto, começaram a surgir no ser doente, sentimentos de desconfiança e a sensação de estar sozinho no mundo. Para Heidegger (1997, v.1), “O estar-só é um modo deficiente de ser-com e sua possibilidade é a prova disso. Nesse estar ‘entre eles’, eles são co-presentes; sua co-presença vem ao encontro no modo da indiferença e da estranheza” (p.172). O modo deficiente de ser-com da família com o ser-aí portador de doença mental pode reforçar a sua sensação de solidão. A família, sem o perceber, mostra-se indiferente ao que está acontecendo com o seu familiar, que começa a vivenciar uma relação de estranheza ao seu próprio ambiente e busca, na fuga da realidade, um meio para suportar seus medos e inseguranças frente aos novos acontecimentos em sua existência:

“Ele era muito sacana com a minha mãe e a grande maneira de me expressar contra isso era me colocando contra ele, era a única maneira de dizer o que eu pensava. (...) Ele tinha outras mulheres e eu sabia disso, era uma criança, não tinha como dizer: mãe, ele tem outra mulher ... ela não ia acreditar em mim, ela ia acreditar nele, que era um adulto” (F1-Filho).

Mudanças abruptas na estrutura da família e no modo como se dava a relação familiar fizeram com que o ser-aí portador de doença mental se sentisse ameaçado por esta situação, modificando, ainda mais, seu comportamento, retraindo-se e tendo uma relação cada vez mais distante com a família. Este modo de ser inautêntico do ser-aí, constitui-se numa das variações do temor que, para Heidegger (1997, v.1), são conhecidas como, “timidez, acanhamento, receio e estupor” (p.197). A ausência do diálogo na convivência cotidiana e a dificuldade de expressar seu posicionamento diante da nova situação familiar comprometeram, ainda mais, a relação entre os familiares.

Para Heidegger (1997, v.1), quando o que ameaça vem ao encontro da presença, esta pode retirar-se, caracterizando-se como fuga, “O caráter de fuga tem apenas o retirar-se, baseado no temor daquilo que desencadeia o temor, isto é, do

ameaçador. A ameaça é um ente que tem o modo de ser de um ente que se retira, ou seja, é a própria pre-sença” (p.249). O ser-aí portador de doença mental utilizou-se do silêncio para “dar a entender” o que não conseguia expressar com palavras na sua convivência cotidiana com a família. Heidegger considera o silêncio, também, como um discurso autêntico da pre-sença, constituindo-se numa outra possibilidade do discurso, “Silenciar em sentido próprio só é possível num discurso autêntico. Como modo do discurso, o estar em silêncio articula tão originariamente a compreensibilidade da pre-sença que dele provém o verdadeiro poder ouvir e a convivência transparente” (p.224). Com a modificação no ambiente familiar, o ser-aí portador de doença mental não conseguiu mais concentrar-se em suas atividades, ausentando-se do que temia, começando a desestruturar-se:

“Sabe? Eu ia para aula, a professora dava explicação e eu ficava lá ... saía do mundo, não sabia o que ela estava explicando, nada. Aí começaram as minhas fugas do mundo, eu comecei a fugir da realidade”(F1- Filho).

Este modo de ser parece ter sido desconsiderado pela família, já que não conseguiu reconhecer tais manifestações no comportamento do seu familiar, antes da exacerbação da crise aguda da doença. O modo deficiente da família ser-com o seu familiar abriu espaço para que a doença fosse se instalando de maneira lenta e progressiva, culminando num surto psicótico. Podemos apreender esse modo deficiente de ser-com, no seguinte discurso:

“Foi uma fase da minha vida muito difícil mesmo, eu acho que foi quando começou a se manifestar a minha doença, porque eu comecei a me reprimir mais do que eu já era. Aí começou a se manifestar a minha doença, não manifestar para fora, mas para dentro de mim, acho que foi quando apareceram os primeiros sintomas, acredito eu”(F1- Filho).

O ser-aí portador de doença mental vivenciou as mudanças no ambiente familiar com intensa angústia. Para Heidegger (1997, v.1, p.255), “Só na angústia subsiste a possibilidade de uma abertura privilegiada na medida em que ela

singulariza. Essa singularização retira a pre-sença de sua de-cadência e lhe revela a propriedade e improriedade como possibilidades do seu ser”. Ao angustiar-se, o ser-aí portador de doença mental, assumiu de modo autêntico a situação que estava lhe incomodando, revelando, neste modo de ser, sua fragilidade e suas limitações em suportar a inautenticidade presente nesta nova relação familiar:

“Sentia uma angústia fora do normal” (F1- Filho).

A dificuldade da família em compreender o silêncio do seu familiar, favoreceu o seu distanciamento da possibilidade de ser-no-mundo, pela fuga da realidade externa, como modo inautêntico de vivenciar a nova situação, diante do medo do que lhe ameaçava:

“Além de tudo, eu tinha medo, eu era muito fraco, achava que se falasse com a minha mãe, ia cair o mundo em cima de mim” (F1- Filho).

A família não percebe o silêncio do seu familiar como um modo de manifestação do seu sofrimento interior, reagindo à interpretação do seu discurso silencioso, com perplexidade, quando o familiar revela, com palavras, os sentimentos referentes ao seu silêncio. A família refere que se soubesse do sentido deste silêncio, teria priorizado o cuidado do seu familiar. A convivência cotidiana desprovida do discurso, pode dificultar ainda mais, a compreensão do familiar doente. Para Heidegger (1997, v.1, p.220):

Existencialmente, o discurso é linguagem porque aquele ente, cuja abertura se articula em significações, possui o modo de ser-lançado-no-mundo. O discurso é articulação 'significativa' da compreensibilidade do ser-no-mundo, a que pertence o ser-com, e que já sempre se mantém num determinado modo de convivência ocupacional.

A pre-sença do ser-aí que se abre neste modo discursivo, parece ter sido recusada pela incompreensão da família, que não conseguiu perceber sua

necessidade de segurança frente às mudanças que vinham ocorrendo. A convivência da família, na maioria das vezes, é permeada por uma ausência de comunicação verbal, acarretando um vazio que pode anular a necessidade de compartilharem seus desejos, dúvidas e pensamentos, encobrindo o significado que determinadas mudanças na rotina da família podem ter para aqueles que a vivenciam, gerando medo, insegurança e angústia para o ser-aí que tem uma maior sensibilidade:

*“Eu jamais ia botar ele para rua, se ele me contasse alguma coisa, de jeito nenhum. Eu prefiro então dizer: tu vais embora, que eu vou cuidar do meu filho ... mas ele não falava”
(F1- Mãe).*

Ao vivenciar a doença mental, as famílias expressam suas necessidades referentes ao conhecimento, à afetividade, à linguagem e ao poder-ser. A seguir, explicito as necessidades da família, decorrentes da co-existência cotidiana com o familiar portador de doença mental.

5.4. NECESSIDADES QUE EMERGEM AO VIVENCIAR A DOENÇA MENTAL

Apresento, as necessidades da família em relação ao conhecimento sobre a doença, sobre os cuidados entendidos como necessários para sentir-se cuidada e mais segura para cuidar do seu familiar.

5.4.1. Conhecimento

Para Heidegger (1997, v.1), “Conhecer é um modo de ser da pre-sença enquanto ser-no-mundo” (p.100). Ao conhecer, a pre-sença adquire uma nova “posição ontológica” em relação ao mundo.

Na maioria das vezes, a família está insegura quanto a maneira de se

relacionar com o familiar doente, porque teme prejudicá-lo, surgindo dúvidas quanto a manifestar ou não seus sentimentos, o que falar, pelo medo de não ser corretamente interpretada e causar maiores problemas ao seu familiar. Diante destas dificuldades, em geral, emerge a necessidade de orientações sobre a melhor maneira de cuidar do seu familiar. A partir do momento em que a família começa a reconhecer e aceitar a condição de estar doente do seu familiar, percebe o quanto é difícil cuidá-lo sozinho, fazendo-se necessário conhecer algumas atitudes que podem ter, para não desencadear a manifestação da crise aguda. A família tem a necessidade de saber como cuidar do seu familiar, nas diversas fases do viver e adoecer :

“Ele é fechado comigo e eu sou fechada com ele, também. Eu vim a ser mais aberta com ele, depois que ele ficou doente e assim mesmo, não me sinto totalmente aberta, porque tenho medo de prejudicá-lo. Dizer alguma coisa e prejudicar ou dar uma crise nele. Eu tenho medo e gostaria de ter uma pessoa que chegasse e dissesse para mim: não, isso aí não vai fazer mal, tu podes falar que não vai dar problema” (F1- Mãe).

“Me ajudar a ajudar ele, quando ele está doente. Ajudar ele quando ela está bom, eu sei, mas quando está doente, eu não sei se eu posso falar, se eu posso conversar com ele, assim ... até, de vez em quando ele está doente, eu tenho vontade de sentar, conversar com ele, para ver se ele desabafa comigo, mas eu não sei se posso, se vou conseguir fazer isso. Acho que deveriam me ajudar, para ver se eu consigo conversar com ele, quando está doente, para ele não ficar preocupado, pensando que a gente não gosta dele” (F1- Irmã).

A família do ser-aí portador de doença mental, provavelmente, não gosta de vivenciar esta experiência, entretanto, a doença é uma facticidade em sua vida; ou seja, encontra-se numa condição existencial que precisa ser aceita e compreendida. Cuidar a família que vivencia a doença mental implica em voltar os olhos e os ouvidos para ela, a fim de resgatar seu ser-no-mundo e amenizar sua solidão ao assumir o cuidado do seu familiar. Compreender as necessidades da família, requer, possivelmente, a mudança de alguns conceitos intrínsecos e arraigados dos profissionais de saúde, decidindo-se por um ser-com a família, de modo eficiente, livre de preconceitos, para poder ajudá-la nessa nova experiência, prestando um

cuidado positivo, que diz respeito à co-existência autêntica de ajuda entre aqueles que cuidam e aqueles que são cuidados.

A partir da aceitação da doença, a família passa a buscar recursos que possam instrumentalizá-la para cuidar do seu familiar, reconhecendo a necessidade de assumir de modo autêntico a facticidade da doença em sua vida. Para Heidegger (1997, v.1), “Conhecer é um modo de ser da pre-sença enquanto ser-no-mundo. É necessário que ocorra, previamente uma deficiência do afazer de que se ocupa no mundo para se tornar possível o conhecimento” (p.100). A família do ser-aí portador de doença mental pode passar por um movimento dialético ao enfrentar o diagnóstico da doença, envolvendo, num primeiro momento, um modo de ser inautêntico, porque não aceita a fatalidade da doença mental, para, posteriormente, então, assumir um modo autêntico de vivenciá-la, querendo conhecê-la cada vez mais, para poder cuidar do seu familiar de modo mais eficiente. Quando assume a existência da doença, surge a impotência do que fazer diante dela e qual a melhor maneira de cuidar. Diante dessa “deficiência do seu afazer”, busca no conhecimento da doença, aumentar sua instrumentalização para cuidar e também amenizar seu sofrimento:

“No momento tu não aceitas, não queres nem ouvir falar ... não é o meu problema, não é o meu caso, eu não quero mais viver isso aí , eu não quero nem saber. A minha filha vai melhorar, vai ficar boa, não é isso aí, mas depois, com o passar do tempo, aí tu vais sabendo que é preciso entrar no contexto da situação, procurando te conscientizar mais do que se trata, conversar com as pessoas. Aí, que eu digo que há necessidade de tu conversares com as pessoas que enfrentam o mesmo problema. (...) De conhecer melhor a doença, de ler... a gente se detinha muito em reportagens, televisão, alguma coisa que falasse sobre o assunto, é uma necessidade de conhecer melhor a doença, para poder lidar com ela”(F2- Mãe).

Quando aquele que cuida, não vai ao encontro da família do ser-aí portador de doença mental, no sentido de tentar satisfazer suas necessidades frente à doença, constitui-se num modo deficiente de preocupação ou cuidado. Ainda, quando o profissional não está aberto ao diálogo, toma o lugar da família na ocupação, substituindo-a, pois assume totalmente um cuidado que a família também precisa realizar. Nesse caso, a família não tem reconhecida sua condição de

cuidadora, tornando-se dependente do profissional de saúde e das suas próprias tentativas e erros para aprender a cuidar do seu familiar. A aprendizagem, por si mesma, do melhor modo de cuidar pode exigir vários anos de convivência, entre conflitos e sofrimentos, para poder apropriar-se de muitos saberes que já poderiam ser conhecidos quando passa a vivenciar a doença mental e a cuidar do seu familiar. O passar ao lado da família com indiferença, sem levar em consideração sua existência, constitui-se, para Heidegger, num modo deficiente de cuidá-la.

“Eu já perguntei, mas ele não chegou para mim, me esclarecer bem o que seria, ele não é muito de conversar. Eu acho assim, um médico muito fechado, ele não chegou para mim e não me explicou claramente. Só disse: - Mamãe, a senhora tem que ter paciência” (F1-Mãe).

A família necessita de esclarecimentos, com o objetivo de se sentir mais segura para cuidar do seu familiar, bem como para manter sua própria saúde mental. Na maioria das vezes, não recorre ao profissional de saúde para buscar respostas às suas dúvidas, em função da pequena disponibilidade de tempo de ambas as partes:

“O horário não coincidia, não dava, aí ela (a psicóloga do hospital) disse: vem pela manhã, mas é a mesma coisa, porque o horário para mim é muito contra-mão” (F1- Mãe).

A família percebe como importante a ajuda dos profissionais, especialmente, quando não consegue oferecer o auxílio que o seu familiar doente precisa. A ajuda, para a família, porém, pode vir de qualquer pessoa que esteja disposta a oferecê-la, a compartilhar desta vivência e a lhe favorecer uma melhor qualidade de vida, manifestando respeito e interesse pelo seu ser, inclusive, mostrando os diferentes caminhos que possam manter a esperança de que este momento existencial será superado e que momentos melhores poderão vir.

O apoio, o interesse e a preocupação dos parentes e demais seres humanos que também vivenciam a doença mental, parecem constituir-se em uma preocupação

eficiente com a família, um cuidado que lhes faz bem, oportunizando resgatar, em alguns momentos, a esperança que, na maioria das vezes, pode ter ficado para trás nessa vivência, principalmente, quando já convivem, há um longo período de tempo, com o familiar doente:

“Eu tenho recebido ajuda das pessoas, muita palavra de conforto, dizem que eu sou uma pessoa muito forte e eu tenho certeza que tudo isso vai passar, eu também acredito nisso” (F2- Mãe).

“Eu acho que não precisa ser uma psicóloga, uma médica, mas uma pessoa da família que ajudasse a gente a conversar com ele. Com a minha vó mesmo, tem vezes que ele fala as coisas. Uma pessoa da família, mais próxima dele, para ajudar ele, para falar com ele” (F1- Irmã).

Pode ser difícil para a família assumir sozinha o cuidado do familiar doente, pela própria complexidade e instabilidade da doença mental. Possivelmente, durante algum tempo nesta trajetória, cuidando do seu familiar portador de doença mental, há a necessidade da ajuda de um profissional de saúde que possa lhe oferecer um suporte, na medida em que vão surgindo dúvidas relativas à convivência cotidiana. A família, para sentir-se cuidada, necessita que a equipe de saúde a auxilie na compreensão da facticidade da doença. Para Heidegger (1997, v.1, p. 200), “Compreender é o ser existencial do próprio poder-ser da presença de tal maneira que, em si mesmo, esse ser abre e mostra a quantas anda seu próprio ser. Trata-se de apreender ainda mais precisamente a estrutura desse existencial”.

Embora reconheça a necessidade de buscar ajuda, a família parece desconhecer onde encontrá-la no contexto em que vive. Não conhece um local em que possa manifestar seu ser-no-mundo, de modo autêntico, expondo seus temores e suas angústias, resultantes da convivência com seu familiar; quando a encontra, esta tem sido restrita, apenas, ao ser-aí portador de doença mental:

“Não, nunca pensei, em nenhum lugar. Agora, a mãe está procurando ajuda, mas eu nunca pensei em procurar” (F1- Irmã).

A família, por vezes, decide omitir a facticidade da doença para um de seus membros, por considerá-lo incapaz de compreender o problema. Por sua vez, o familiar que não teve participação ativa no cuidado do ser-aí portador de doença mental refere sentir-se em desvantagem, acreditando que sua aprendizagem de como lidar com o familiar doente requer mais tempo do que os outros para acontecer, o que dificulta sua relação e compromete sua competência para cuidá-lo. A omissão da facticidade da doença para um dos membros da família pode ser caracterizada como uma situação de desrespeito a este familiar. Ao omitir determinadas informações, a família passa a vivenciar um modo de ser inautêntico com este familiar, não levando em consideração suas necessidades frente às mudanças na dinâmica da vida familiar:

“Eu não sabia, a minha mãe e a minha vó não me contaram, elas me escondiam demais. Se elas não tivessem me escondido tanto, eu teria aprendido mais um pouco, saberia lidar agora com isso aí, mas elas me esconderam, não me falaram. (...) Eu queria que alguém me ajudasse a conversar com ele, quando ele estiver doente, que eu não sei” (F1- Irmã).

Como já referido, a convivência cotidiana caracteriza-se por um estar com os outros. O ser-aí não apenas “é” e “está” no mundo, mas também relaciona-se com os outros seres-humanos, encontrando-se com eles, o que caracteriza a afetividade, apresentada a seguir.

5.4.2. Afetividade

Outro aspecto relevante que a família aponta como expressão de afetividade, são os laços de união entre as pessoas que convivem no mesmo espaço físico, vivenciando o mesmo problema, procurando enfrentá-lo através de um apoio mútuo. O enfrentamento da doença mental aproxima aqueles seres-aí que a vivenciam com autenticidade, aceitando-a e assumindo o cuidado do familiar que está doente. Nessa aproximação, trocam, entre si, apoio, afetos e compreensão, fortalecendo-se

para continuar cuidando:

“Olha, a ajuda é mútua, entre mim e o meu marido. O meu esposo sempre me deu muita força, a gente sempre se uniu mais ainda em torno desse problema. Assim, por exemplo: dele me ajudar a enfrentar o problema, de altos e baixos da doença. A força maior que eu tive foi da parte, somente do meu marido” (F2- Mãe).

Entretanto, para que o ser-aí portador de doença mental receba ajuda de outro ser humano necessita aceitar e querer este tipo de relação, permitindo uma abertura maior do seu ser para alcançar algum envolvimento com aquele que quer lhe ajudar. Esta ajuda pode não lhe parecer significativa, enquanto não reconhecer sua condição de estar doente e a necessidade de ajuda. A abertura, para Heidegger (1997, v.2), constitui-se numa compreensão do ser-aí, das suas possibilidades de ser, em função da sua própria existência, “a estrutura da mundanidade, a significância, demonstrou-se, no entanto, conectada com o projeto da compreensão. Este pertence essencialmente à abertura, isto é, projeta-se a partir e para o poder-ser da pre-sença, em função do qual ela existe” (p.131). Quando o ser-aí portador de doença mental começa a compreender a existência da doença em sua vida, passa a manifestar o seu ser-no-mundo, tornando-se aberto para a relação com os outros no mundo circundante e para receber a ajuda que o outro lhe oferece, “Aberta, a pre-sença existe de fato no modo de ser-com os outros” (Heidegger, 1997, v.2, p.221). Esse modo de ser-com os outros, possibilita ao ser-aí portador de doença mental ter outra visão da doença e aprender que, apesar de algumas limitações, também, existem muitas outras possibilidades de ser e viver bem com os outros. Tornando-se aberto para as várias possibilidades em sua existência, apropria-se de seu próprio eu, promovendo, para si mesmo, um crescimento interior, a partir da sua relação com os outros, tendo maior segurança e capacidade para assumir a doença com autenticidade, responsabilizando-se pelo seu auto-cuidado:

“Não adianta eu dizer: fulana me ajuda, se eu não quero ser ajudado, daí não adianta pedir ajuda para ti. Não adianta eu te dizer: me leva na rua, se eu não quiser ir, que adianta te pedir, se eu não quero ir?” (F1- Filho).

Para que a ajuda seja significativa, há necessidade de uma reciprocidade do querer, ou seja, um precisa querer ajudar e o outro precisa estar aberto para receber esta ajuda. Também, faz-se necessário que o ser que proporciona ajuda ao outro, sintá-se capaz de dar esta ajuda, porque ao fazer isto, também, torna-se responsável pela melhora de quem está sendo ajudado. Emerge a necessidade da aproximação de ambos, envolvendo compromisso e responsabilidade com o que é compartilhado nesta relação. Para Heidegger (1997, v.1), toda aproximação toma antecipadamente, uma direção a algo, onde, “o dis-tanciado se aproxima para poder ser encontrado em seu local” (p.157).

O ser-aí portador de doença mental reconhece que os profissionais de saúde conseguiram ajudá-lo a superar a doença, mas sua família é fundamental nesta vivência, para poder recuperar-se. Portanto, na sua percepção, a família faz parte do seu cuidado; acredita que se não tivesse recebido a atenção, o carinho e o apoio da família, teria piorado e sua melhora não teria acontecido. Provavelmente, suas tentativas em continuar interagindo com o mundo externo, estariam mais limitadas, pois não estaria recebendo amor, o que entende como essencial para a sua recuperação.

Quando a família cuida do seu familiar com dedicação e utiliza-se de todos os recursos afetivos dos quais dispõe, parece estar ajudando-o no “desempenho da cura”, pois no seu modo de ser com o ser-aí portador de doença mental, busca trazê-lo de volta ao mundo externo, para assumir as suas possibilidades mais próprias, constituindo-se num cuidado eficiente, antepondo-se a ele e estimulando o seu poder-ser:

“Se eu estou onde estou hoje, é graças a umas pessoas: os profissionais da saúde, mas basicamente, a minha família, minha mãe, minha irmã, minhas tias, minha avó. São as pessoas que se prontificaram a me ajudar. Que resolveram me ajudar em troca de nada, só por amor a mim mesmo me ajudaram, se não fosse elas, eu não estaria onde estou hoje, teria regredido no meu tratamento. A minha mãe, nem se fala, se não fosse ela, eu não sei o que seria de mim” (F1- Filho).

Para Heidegger (1997, v.1), o discurso é o fundamento ontológico existencial da linguagem. O discurso constitui-se num existencial da abertura do ser-no-mundo.

A compreensibilidade do ser-no-mundo, trabalhada por uma disposição que se pronuncia como discurso, “A linguagem é o pronunciamento do discurso. (...) O discurso que se pronuncia é comunicação. A tendência ontológica da comunicação é fazer o ouvinte participar do ser que se abriu para o referencial discursado no discurso” (p.219,228). Nas relações afetivas da família que vivencia a doença mental, o discurso mostra-se como um meio relevante, apesar de, freqüentemente, oculto, para a manutenção da saúde mental de seus membros.

5.4.3. Linguagem

A comunicação constitui-se uma possibilidade para a família ser-com o seu familiar doente. Entretanto, o discurso da família deixa clara, a sua dificuldade para apropriar-se dele, como um meio de comunicação na relação familiar. Parece não conseguir enfrentar os conflitos e expressar seus pensamentos, sentimentos e, até mesmo, esclarecer dúvidas relativas à convivência familiar, desperdiçando tais momentos para resgatar acontecimentos passados, mal resolvidos que, se melhor compreendidos, ajudariam na reorganização da família, trazendo-lhe maior segurança na relação com o seu familiar portador de uma doença mental. O ser-com da família parece ainda não ter sido compartilhado, porque seu ser não foi apreendido, nem apropriado, através do discurso, na convivência familiar cotidiana. Para Heidegger (1997, v.1, p.220), a convivência é discursiva, “Tanto ao dizer sim quanto ao dizer não, tanto provocando quanto avisando, tanto pronunciando ou recuperando”.

O ser-aí portador de doença mental considera como prioritário para o seu cuidado, a presença do diálogo. Entretanto, reconhece que, poucas vezes, o encontrou na relação com os profissionais de saúde. Para ele, os profissionais desconsideram o diálogo como parte do tratamento da doença mental.

Novamente, emerge a necessidade da comunicação como elemento fundamental e essencial, para um cuidado eficiente, que envolva preocupação com a condição existencial do ser doente. O discurso apresenta significados que permitem a compreensão do ser-no-mundo. Heidegger (1997, v.1, p. 213) considera que a necessidade de pronunciar-se pertence à proposição, entendida como comunicação existencial, “Enquanto comunicado, o que se propõe pode ser

partilhado ou não pelos outros. O que numa proposição se propõe pode ser 'transmitido'. Então, o âmbito do que se partilha entre um e outro numa visão se amplia. Mesmo o ouvir dizer é um ser-no-mundo e um ser para o que se ouviu". Muitas vezes, no entanto, o discurso não se faz presente na relação do ser-aí portador de doença mental com quem que lhe cuida, não sendo compartilhado o seu cuidado, não havendo transmissão e, tampouco, ampliação do conhecimento do que está acontecendo consigo mesmo diante da nova situação existencial em sua vida, ou seja, a manifestação da doença mental. Talvez, tal situação seja decorrente da falta de compreensão daquele ser que cuida sobre a dimensão existencial do sofrimento de vivenciar uma doença mental.

Num modo deficiente de cuidar, o profissional de saúde pode considerar como irrelevante a comunicação num surto psicótico e/ou durante a internação no hospital psiquiátrico, entendendo como desnecessário comunicar-se com o ser doente, porque, a seu ver, sua condição não lhe permite ser-no-mundo. Entretanto, essa maneira de cuidar do ser doente está desprovida de solicitude; não há consideração, porque não aceita as características diferenciais do modo de ser do ser doente, nesta fase da doença; nem, tampouco, há paciência, pois o cuidado não se encontra voltado para a perspectiva de uma melhora e de que poderá reagir positivamente ao tratamento e realizar suas tarefas habituais.

Estar internado no hospital psiquiátrico pode levar o ser doente a ser desconsiderado como ser-no-mundo, com pensamentos, sentimentos, angústias, temores; como um ser-aí que, diante de uma situação desconhecida, também sofre e precisa ser ajudado. A comunicação, que deveria constituir-se num valioso instrumento para um cuidado eficiente, provavelmente, dilui-se em meio ao preconceito daqueles que cuidam:

"Acho que faltou diálogo da parte dele comigo, porque ele é um médico muito relapso em relação a isso, ele acha que o diálogo não faz parte do tratamento e faz, né" (F1-Filho).

O ser-aí portador de doença mental reconhece que precisa muito ser cuidado, tornando-se importante a presença de um ser que realmente esteja disponível a ajudá-lo a superar a doença, aumentando sua auto-confiança, fazendo-

o reagir e responder aos estímulos externos. O ser-aí portador de doença mental percebe a relação interpessoal como fortalecedora do ser doente, permitindo-lhe superar esta fase da doença que, para ele, é tão difícil de superá-la sozinho.

“É muito importante ter uma mão para levantar a gente, porque às vezes, a gente cai e não consegue levantar sozinho, às vezes, uma mão estendida na hora que a gente precisa ... ter um amigo forte para te segurar. É só a pessoa ter em mente que ela é capaz e que ela também é responsável pela melhora do outro. Se não tem uma certa responsabilidade para poder compartilhar, não consegue. Se ela não se acha capaz, não consegue” (F1- Filho).

Tendo em vista que os seres necessitam de um projeto de vida para assegurar a sua saúde mental e expectativas em relação ao seu futuro, identifiquei o poder-ser como uma das necessidades da família que vivencia a doença mental.

5.4.4. Poder-Ser

Para Heidegger, “Na compreensão subsiste, existencialmente, o modo de ser da pre-sença enquanto poder-ser” (1997, v.1, p.198). A pre-sença é possibilidade de ser. A possibilidade essencial da pre-sença diz respeito aos modos de ocupação com o mundo, de preocupação com os outros e à possibilidade de ser para si mesma, em função de si mesma. Em seu poder-ser, a pre-sença já se entregou à possibilidade de se reencontrar em suas possibilidades. No modo de ser que se constitui através do existencial do projeto, a pre-sença é sempre “mais” do que é de fato.

No pensamento heideggeriano, “Projeto é a estrutura do poder-ser da existência, isto é, a forma de ser do ser humano que só existe projetando-se para suas possibilidades, o projeto é a ação do ser humano em busca do seu poder-ser. Os comportamentos humanos sempre são realizações de possibilidades ou adoção de modos possíveis de ser” (Crossetti, 1997, p.71).

Outra necessidade eminente é a continuidade do tratamento da doença mental, após a alta hospitalar, com o encaminhamento prévio do profissional médico, antes da alta. Deste modo, talvez, o ser-aí portador de doença mental

possa reconhecer como imprescindível e necessária a continuidade do seu cuidado para uma recuperação mais eficiente. Como a “determinação médica” é fortemente respeitada pela família e, principalmente, pelo ser-aí portador de doença mental, o encaminhamento poderá ser reconhecido como necessário, se for realizado por esse profissional. (Faz-se imprescindível que a família e os profissionais compreendam a alta como uma outra fase do cuidado em saúde mental, que precisa ser prosseguido, a fim de que a família possa sentir-se mais segura para cuidar do seu familiar doente, bem como para reestruturar-se, mais rápido, diante da facticidade da doença. †

No hospital ou fora dele, a garantia do cuidado não se dará pelo espaço físico em si, mas pelo modo como os seres-aí são cuidados. Para Miranda (1998, p.439), a alta, em psiquiatria: “Significa o melhor nível de contratualidade social que uma pessoa pode alcançar”. O trabalho realizado nos ambulatórios, centros de atenção diários e nas oficinas, tem revelado que a alta deve ser o oposto de “dar as costas” para o ser doente, principalmente, para aqueles de manejo mais complexo, mais difícil e de longa permanência no hospital psiquiátrico:

“Em relação ao paciente, acho que tinha que dar uma continuidade no tratamento, deles terem um contato maior com o médico, tu entendesse? Em relação as atribuições que aquela pessoa pode fazer, isso aí nada tem. Particularmente, de dentro da tua casa, tu não sabes como te dirigires para aquela pessoa ter uma atividade. Eu nunca tive esse tipo de tratamento, não sei se é porque eu nunca perguntei. Depois é que eu descobri esse Centro de Atenção à Saúde Mental” (F2- Mãe).

Os serviços que não dispõem de recursos humanos e físicos suficientes para manter o trabalho extra-hospitalar, assim como, um treinamento adequado e constantes reciclagens dos trabalhadores em saúde mental, freqüentemente, oferecem um serviço precário. A família que vai em busca de atendimento nas instituições de saúde, recebe, muitas vezes, informações de que não há vaga, inexistência de disponibilidade de horários ou, ainda que, durante o período de férias dos profissionais, na falta de recursos humanos ou por problemas burocráticos da instituição, pode se dar o rompimento do atendimento prestado. O não encontrar a ajuda que procura, constitui-se, por parte das instituições de saúde, um cuidado

deficiente à família, caracterizado pela indiferença em relação à necessidade de ajuda destes seres-aí.

Para Silva et al (1998), vivemos numa realidade em que a disponibilidade dos recursos humanos e materiais e o desejo de mudança, não têm sido suficientes para consolidar as transformações na assistência de saúde contida na Reforma Psiquiátrica, pois mesmo que tenham atingido a municipalização da saúde, os serviços de assistência à saúde mental continuam centralizados, não conseguindo atender toda a demanda. A formação e a capacitação dos profissionais de saúde, por sua vez, não têm sido suficientes e adequadas para remover a dicotomia saúde/doença mental.

A sensação de solidão no comprometimento de cuidar de um ser-aí portador de doença mental que, na maioria das vezes, exige um grande esforço da família, poderia ser amenizada, mediante a existência de um serviço que lhe possibilitasse receber uma ajuda contínua e permanente dos profissionais de saúde, auxiliando-a, no desempenho deste cuidado que exige solicitude e disponibilidade, facilitando a reorganização familiar.

De acordo com Saide (1996), atualmente, as “Associações de Familiares” surgem como uma força política e, também, como um grupo de auto-ajuda, em função do cuidado desgastante que as famílias prestam ao seu familiar doente. Um desgaste que vai desde as despesas para cuidá-lo até a liberdade tolhida, além do estresse contínuo que vivenciam, na maioria das vezes, com medo do que está por vir, acometidas pela desesperança, na medida em que os anos passam e seu familiar não melhora.

O ser-aí portador de doença mental, depois de longas e repetidas internações no hospital psiquiátrico, parece ter dificuldade em deixar seu comportamento asilado. A família, por sua vez, não sabendo como lidar com essa situação, pode não estimular o seu poder-ser, aceitando as “excessivas limitações” no modo de ser do familiar doente, passando a limitar o seu cuidado à preocupação com sua aparência física, alimentação e administração do medicamento. Nesta situação, o cuidado constitui-se numa “substituição dominadora” e num modo deficiente de solicitude, porque quem cuida “salta sobre o outro”, subtraindo-o da condição de cuidar de si, assumindo seu lugar, comprometendo e dificultando, ainda mais, seu poder-ser.

Por outro lado, quando a família refere não saber o porquê do rompimento do atendimento prestado ao seu familiar doente, nos serviços extra-hospitalares, esta ausência de informação, provavelmente, demonstre o quanto ela se encontra distante do cuidado prestado:

“Eu procurei me interessar, eu mesma vi. O meu marido passou por ali e viu que tem esse Centro de Saúde Mental. Então, a gente foi ali, procuramos nos informar, até nem tinha vaga, estavam todas as vagas ocupadas, não tinha horário disponível, aí a gente esperou um pouco. Ela esteve um tempo lá, mas depois desistiu, se enjoou. (...) Me parece que tinha encerrado o trabalho no Centro de Saúde Mental, eles chegaram até a fazer amigo-secreto e depois, no outro ano, ela teria que ter ido novamente, mas não foi, não quis ir. Eu acho até que ela não estava muito bem, que foi agora, no início deste ano (1998), quando ela adoeceu. Ela entrou em crise, dia quatorze de março e foi para o hospital psiquiátrico” (F2- Mãe).

A dificuldade em incluir a família no cuidado prestado ao ser-aí portador de doença mental, provavelmente, constitui-se num débito do profissional de saúde com a família:

(...) Ser-Fundamento da falta na pre-sença de um outro, de tal maneira que esse próprio ser-fundamento determina-se como ‘faltoso’ a partir de seu para quê. Esta falta está em não se satisfazer uma exigência do ser-com os outros existente. O ser e estar em débito, no sentido de uma ‘exigência moral’, é um modo de ser da pre-sença” (Heidegger, 1997, v.2, p. 69- 70).

A idéia de débito refere-se ao modo de ser da pre-sença indiferente do profissional de saúde em relação às necessidades da família, que continua sozinha no cuidado prestado ao seu familiar. Estar em débito pode assumir um sentido positivo, quando a família reconhece que precisa da ajuda do profissional de saúde. A possibilidade da conscientização do estar em débito, parece constituir-se num importante instrumento para a construção de novos saberes e de novos modos de ser-com aqueles que cuidamos, vindo ao encontro do cuidado prestado, de modo mais eficiente, buscando o seu poder-ser.

De acordo com Goldberg (1996), os serviços extra-hospitalares deveriam

acolher o ser-aí portador de doença mental e sua família, identificando, com esta, o melhor cuidado, estando disponível para recebê-la na sua situação existencial. 'O cuidado prestado às famílias pode ser individual, grupai, de auto-ajuda ou qualquer outro que satisfaça suas necessidades. Esse cuidado não tem um tempo determinado, mas deve oferecer todas as possibilidades de ajuda que estiverem ao alcance do serviço. (

A desinstitucionalização do ser-aí portador de doença mental significa muito mais do que simplesmente desospitalizar; é, também, oferecer condições para que este ser possa viver bem, tornando-se desnecessária a existência do hospital psiquiátrico para cuidá-lo, até mesmo, num surto psicótico. Para Rottelli (1994), a desinstitucionalização continua na comunidade e faz-se necessário, também, que existam serviços que ajudem as famílias do ser-aí portador de doença mental a não incorporarem o desvalor da doença. É preciso reconhecer os problemas vigentes e achar caminhos para solucioná-los. O cuidado deve centralizar-se na procura das possibilidades e recursos que possam ser acessados em prol da saúde mental.

A família fica feliz quando o familiar doente começa a se recuperar e mostra interesse em participar das atividades sociais, mas, ao mesmo tempo, torna-se insegura, quando ele é impedido de fazer parte desta convivência. O lazer, para a família, é assim considerado, quando seus membros conseguem sair, divertir-se e permanecerem juntos durante o passeio. Entretanto, quando surge uma situação inesperada que, por algum motivo o familiar portador de doença mental fica excluído, o lazer passa a não ter mais o mesmo significado para o grupo:

*“Ele foi no baile com a gente e não pôde entrar. Nem eu, nem ele (companheiro atual), conseguimos ficar no baile. Claro, o baile perdeu a graça. Nós fomos todos juntos, chegou lá, o mano veio embora, o baile acabou, perdeu a graça. Tinha um casal de amigos que também estavam lá, aí barraram ele e não teve graça a gente ficar. Inclusive nós estávamos de combinação, íamos arrumar uma namoradinha para ele ... mas não ficamos preocupados ... perdeu a graça ficar lá”
(F1- Mãe).*

Em determinados momentos, o excesso de preocupação da família com o bem-estar do seu familiar pode lhe gerar insegurança e, mesmo sentindo saudades do convívio social e das atividades cotidianas, anteriormente realizadas sem

problemas, evita fazê-lo, com o receio de provocar uma angústia ainda maior para sua família. A família parece sentir-se mais tranqüila quando tem o controle e o domínio sobre o fazer do seu familiar portador de doença mental, proporcionando um cuidado dominador em relação ao ser que é cuidado, fazendo tudo por ele, o que, provavelmente, pode dificultar o seu enfrentamento da vida, o seu amadurecimento, o encontro consigo mesmo e a busca de outras possibilidades de ser.

Quando a família se angustia diante do poder de decisão do seu familiar, provavelmente, irá dificultar, ainda mais, a sua convivência com os outros e o desenvolvimento da sua autonomia, comprometendo o exercício da sua liberdade e a perda do medo de enfrentar sua existência com autenticidade. Para Heidegger (1997, v.2, p.86-88), a de-cisão é um modo privilegiado de abertura da pre-sença:

Com a de-cisão conquistamos, agora, a verdade mais originária da pre-sença porque é a mais própria. (...) A pre-sença de-cidida se liberta para seu mundo a partir daquilo em função de que o poder-ser se escolhe a si mesmo. Somente a partir do ser si mesma mais próprio da de-cisão é que brota a convivência em sentido próprio.

A dificuldade para o ser-aí portador de doença mental, em superar alguns dos seus limites, pode acontecer em função da preocupação excessiva e da insegurança da família, gerando insegurança para este ser e uma situação de acomodação que, possivelmente, irá resultar na alienação do familiar doente do mundo, distanciando-o da convivência com os outros e levando a uma cronificação no seu modo de ser, negando-se, posteriormente, a interagir com os outros e perdendo as possibilidades de poder-ser. É nos pequenos afazeres do cotidiano que o ser-aí portador de doença mental pode encontrar sua auto-afirmação como ser-no-mundo, desde que a família permita tal abertura:

“Sinto muita saudade de sair, só não saio para mãe não ficar preocupada comigo. Tem dia que dá vontade de sair sem rumo, dar uma volta, mas eu não saio. Esses dias mesmo, acho que foi uma segunda-feira, deu uma vontade de ir lá na casa da vó, de tarde, só para dar uma volta, quando vi já eram cinco horas, aí pensei: bah, se eu for lá, quando voltar, a mãe já vai estar em casa, então não vou ir, daí liguei um som. Na outra vez que, fomos no baile juntos, todo mundo voltou para casa em seguida, já me deixou inseguro” (F1- Filho).

Os serviços extra-hospitalares, que cuidam do ser-aí portador de doença mental, proporcionam um suporte para a família quando buscam, através da terapia ocupacional e/ou recreacional, oferecer um ambiente mais favorável ao convívio do seu familiar com outros seres-aí. Possibilitam-lhe o estabelecimento de novas relações sociais, desempenhando o papel de ser-no-mundo, significando, também, a recuperação dos seus aspectos sadios. Mesmo quando a família não se encontra efetivamente incluída neste cuidado, parece renascer sua esperança e a alegria manifesta-se pela percepção de pequenas mudanças no seu familiar, consideradas significativas para ele que, durante um determinado tempo de sua existência, parece ter ficado ausente da interação com o mundo.

A continuidade do cuidado em serviços extra-hospitalares não tem um tempo determinado, mas deveria oferecer todas as possibilidades de “cura” e de poder-ser para o ser doente. Buscar o poder-ser do ser-aí portador de doença mental é um trabalho longo, demorado e que exige persistência, estando atrelado à sua vontade e a sua predisposição interna de poder-ser, assumindo uma autonomia cada vez maior sobre si mesmo. O discurso abaixo, revela esta condição:

“Ela gostou muito de ter participado do amigo secreto, de ter levado um presente. Ela gostou bastante de lá (Centro de Atenção à Saúde Mental), ela estava numa situação que desempenhava, ahm ... amizade, de conversar e tudo. (...) Ah, para nós foi muito bom né, a gente cria alma nova” (F2- Mãe).

Enquanto não houver um forte desejo na luta pela desinstitucionalização do ser-aí portador de doença mental e, principalmente, pela desconstrução da desesperança e do preconceito daqueles que cuidam, a alta hospitalar continuará sendo vista sob o prisma da finitude do cuidado, destituindo o ser-aí portador de

doença mental e sua família do direito de poder-ser, ou seja, de poder buscar as inúmeras possibilidades que envolvam o seu resgate para a vida, permanecendo encobertos na solidão da sua convivência cotidiana.

Estas necessidades, referidas e reconhecidas pela família como importantes no cuidado de quem vivencia a experiência da doença mental, vêm ao encontro do que Heidegger (1997, v.1) considera como a possibilidade de ser, “ A pre-sença é possibilidade de ser. A pre-sença é a possibilidade de ser que está entregue à sua responsabilidade, é a possibilidade de ser livre para o poder-ser mais próprio” (p.199).

¶ Mesmo assumindo a responsabilidade de cuidar do seu familiar, de modo eficiente, na maioria das vezes, a família tem a necessidade de sentir-se cuidada, também, para poder buscar em si e naquele que deveria cuidá-la, de modo eficiente, o seu poder-ser, ou seja, as possibilidades para ajudá-los a gerenciarem suas vidas com maior segurança e autonomia, encontrando, aí, a oportunidade e a liberdade para fazerem escolhas conscientemente, a partir de um conhecimento em relação a doença e ao que pode promover a saúde mental daqueles que convivem com ela. |

Diante do enfrentamento e do impacto de reconhecer a doença mental num de seus membros, por meio de um surto psicótico, a família manifesta como necessidade, também, a busca de uma aproximação com Deus ou das suas crenças, para sentir-se fortalecida:

“Ah, desculpa eu falar em Deus, mas é o que me mantém em pé. A única coisa que eu senti necessidade é uma aproximação maior com Deus, foi como eu consegui me fortalecer bastante o espírito” (F2- Mãe).

Busca mobilizar forças internas como maneira de se auto-ajudar no enfrentamento e na superação do sofrimento causado pela convivência com um ser- aí portador de doença mental. Esta força interna pode vir da fé e da crença de que existe uma “força superior” à humana, que possa ajudá-las. Acredita que se puder receber algum tipo de ajuda, no que se refere à “cura” da doença mental, esta será através de uma força superior:

“Uma coisa assim que pudesse me tirar dessa situação ... então isso aí não existe, só Deus” (F2- Mãe).

Posteriormente, procura, de maneira incansável, o que possa auxiliá-la no enfrentamento do problema, ou seja, ver, outra vez, o seu familiar bem. Nesta caminhada incessante, busca os mais variados tipos de crenças religiosas, com o objetivo de promover o bem-estar do seu familiar, ao mesmo tempo que procura um suporte para enfrentar a doença:

“Eu estava num local até que ... espero que Deus me ajude, que eu nunca vá, estava numa sessão com umas colegas, numa sessão ... pedindo ajuda para ele, porque ele estava em crise e aí a minha colega disse: não, a gente vai lá, que lá faz trabalho, não sei o que ... e eu fui, estava eu e essa menina” (F1- Mãe).

! A busca das crenças religiosas é um modo autêntico de vivenciar a angústia frente à doença mental; é uma das maneiras que a família encontra para assumir a responsabilidade de cuidar do seu familiar, ao mesmo tempo que, reconhece sua fragilidade emocional no enfrentamento da doença, podendo desestruturar-se, caso não consiga encontrar um caminho que lhe proporcione algum tipo de ajuda. A família parece buscar, na religião, alguns momentos de paz, de tranquilidade e também de convívio com os outros, amenizando sua dor e o “peso” do preconceito. Na religião, parece conseguir repor suas energias, para continuar cuidando do seu familiar. !

! Uma vez que a religião constitui-se num suporte positivo para a família, no sentido de oferecer uma ajuda para si mesma e para seu familiar, faz-se necessário levar em consideração tal fato no cuidado prestado, a fim de que este suporte auxilie a família, mas não interfira na recuperação do ser-aí portador de doença mental que pode desorganizar-se ainda mais, caso seja estimulado ou forçado a participar das cerimônias religiosas. Por isso, pode ser relevante conhecer a religião, a qual a família pertence, para poder avaliar até que ponto o seu familiar encontra-se envolvido com ela e se tal envolvimento está ajudando-o na sua recuperação ou, ao contrário, se está interferindo negativamente neste processo. !

Opto por finalizar a análise aqui, considerando que a inquietação inicial foi contemplada neste trabalho e estando satisfeita com o que foi possível obter, a

seguir, apresento algumas reflexões realizadas em relação a esta trajetória.

CAPÍTULO VI

REFLEXÕES

“ Colocar mais perto o mundo circundante, na reflexão guiada pela circunvisão, tem o sentido existencial de uma atualização. (...) O mundo é, ao mesmo tempo, solo e palco, pertencendo, como tal, à ação e à transformação cotidianas ”.

(Heidegger, 1997, v.2, p. 160-194)

REFLEXÕES

A trajetória percorrida neste estudo surgiu das minhas inquietações enquanto cuidadora da saúde e em função do modo indiferente como as famílias que vivenciam a doença mental parecem ser cuidadas pelos profissionais de saúde, buscando compreender como essa vivência se dá para estes seres humanos.

Esta trajetória foi fascinante, emocionante e tortuosa, pois exigiu de mim um profundo conhecimento em relação ao meu ser para que não desistisse, em determinados momentos, em que os obstáculos enfrentados foram marcantes e para não deixar que estes fossem superiores aos meus objetivos. Compreender as famílias diante da facticidade da sua existência, foi algo inexplicável e difícil de expressar, em palavras, tanto a sua beleza como a riqueza de sentimentos envolvidos nessa relação. Esta relação me possibilitou um intenso crescimento e amadurecimento, como ser humano, como enfermeira e como pesquisadora.

Em função do meu envolvimento como profissional e, principalmente, como familiar que vivenciou esta facticidade na família, foi difícil ficar totalmente distante, como pesquisadora, até porque seria negar a mim mesma e minha própria história de vida. Assim, voltada para a análise compreensiva e interpretativa dos discursos, não pude deixar de ter, também, um olhar de dentro.

Optei por percorrer este caminho, com este referencial teórico e esta abordagem metodológica, porque me identifiquei com eles, reconhecendo-os como

parte constitutiva da humanidade, na medida em que sua essência constitui-se na busca do ser humano, como está e se sente no mundo, sendo muito mais do que, simplesmente, um corpo físico ou uma mente doente. Considerando que o ser humano ultrapassa as fronteiras e a mediocridade do preconceito social e do estigma da loucura, que a beleza, os mistérios e as múltiplas possibilidades são intrínsecas a cada um e vão muito além da sociedade desumana, fazendo-se necessário um eterno des-velar.

A vivência da facticidade da doença mental na família pode ser permeada por vários sentimentos, entre eles, a tristeza, a angústia, o medo, a esperança e a desesperança, bem como um intenso sofrimento que a acompanha, toda vez que seu familiar doente entra na crise aguda da doença. No período inicial da doença, a esperança e a crença de que seu familiar vai ficar curado parece ser algo que se faz presente; entretanto, quando começa a surgir a necessidade de várias reinternações no hospital psiquiátrico, vem, então, a desesperança em relação às possibilidades de poder-ser da família. Nesse momento de desesperança, é que a equipe de saúde pode tornar-se uma fonte de apoio e sustentação para a família, oferecendo-lhe a coragem e a ajuda que se fizer necessária para que ela não desanime diante da exaustiva tarefa de cuidar do seu familiar portador de doença mental, bem como, na busca de caminhos para que ela possa se fortalecer e, também, valorizar o poder-ser do seu familiar.

Desde a sua manifestação e em todas as fases da doença, a família necessita de ajuda, mas o impacto inicial, provavelmente, é o que causa maior desestruturação, tornando-se imprescindível a solidariedade com o seu sofrimento e a sua dor, permitindo aflorar, no cuidado, a sensibilidade humana do profissional de saúde, para que possa compreender a dimensão existencial desse momento, para a família e, assim, poder cuidá-la de modo eficiente. Na medida em que houver um comprometimento maior dos profissionais de saúde na relação com essas famílias, provavelmente, seja possível resgatar a esperança, como uma meta contínua daqueles que cuidam e são cuidados. No pensamento heideggeriano, a falta de perspectiva num futuro melhor, petrifica a existência; por isso, a manutenção do sentimento de esperança é o instrumento que a família dispõe de um por vir melhor

e com menor sofrimento.

A família, na maioria das vezes e, principalmente, no período inicial de manifestação da doença, vivencia tal situação de maneira inautêntica, porque não admite esta facticidade em sua vida. Posteriormente, com a conscientização da doença, parece começar a vivenciá-la com autenticidade, passa a aceitá-la e a buscar caminhos que possam favorecer a sua saúde mental. A aceitação da doença constitui-se num elemento essencial para compreender melhor seu familiar portador de doença mental, bem como faz-se necessária a intervenção dos profissionais de saúde para que a família não fique apoiada no desvalor da doença e sim, tenha forças para buscar o poder-ser do seu familiar.

A autenticidade dessa vivência, também pode manifestar-se quando a família percebe que a cura, talvez, não seja possível, mas que, mesmo portador de doença mental, seu familiar tem múltiplas possibilidades de poder-ser, constituindo-se no que Heidegger caracteriza como “projeto”, isto é, são as ações do ser humano em busca de uma melhor qualidade de vida. A família acredita que seu familiar tem a capacidade para viver bem, de modo a superar e enfrentar a doença, devendo mantê-lo em casa, junto dela.

Entretanto, muitas vezes, ainda persiste a visão da doença mental como invalidez e incompetência, pelos outros, o que torna distante a possibilidade de descobrir e buscar, naqueles que são cuidados, o seu poder-ser, encobrendo o ser do ser-aí portador de doença mental e da sua família, como seres que têm capacidade de ser saudáveis.

A maioria dos sentimentos vivenciados pela família parecem decorrer da manifestação da doença mental, mas, prioritariamente, os sentimentos negativos desencadeiam-se frente à necessidade de internação do seu familiar no hospital psiquiátrico. Vivenciam este momento com intensa angústia e sofrimento, vindo, então, a necessidade de se instrumentalizar para poder cuidar do seu familiar em casa, afastando a tão temida internação hospitalar. A necessidade de hospitalização surge quando a família desconhece como agir com o seu familiar e

não sabe como manejar a situação da crise aguda, sentindo-se ameaçada com o seu comportamento e despreparada para lidar com as manifestações da doença.

O mundo do hospital psiquiátrico, na maioria das vezes, representa um horror para a família, porque lhe é totalmente desconhecido. Há a crença de que este local não produz saúde e tampouco cuida de modo eficiente do seu familiar, em função de ser um cuidado desprovido de preocupação e solicitude, promovendo a sua decadência, pois perde a sua singularidade frente ao modo impessoal como é cuidado. Por isso, a família percebe o lar como o espaço físico que pode facilitar a recuperação da saúde do seu familiar, mesmo que, para isso, tenha que construir novos saberes e novos modos de ser, a fim de manter um certo equilíbrio nas relações familiares. A família percebe um “vazio” no lar, angustia-se e se entristece com a ausência do seu familiar, considerando que os sentimentos de segurança e felicidade, tornam-se possíveis, apenas, quando o seu familiar retorna do hospital.

A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, vem sendo discutida desde a década de 80. A partir daí, novos programas de atenção à saúde mental estão sendo propostos, implementados e avaliados, além dos muros do hospital, visando prioritariamente, a reintegração do ser-aí portador de doença mental à sociedade, bem como a sua participação efetiva e da sua família nestas mudanças. Entretanto, esta nova política de saúde mental, entendida como um novo paradigma, na sua prática, parece estar caminhando com passos muito lentos, sem ainda conseguir alcançar a sua proposta inicial. O ser doente continua, na maioria das vezes, recebendo os cuidados que se fazem necessários no hospital psiquiátrico e a sua família fica excluída desse cuidado. Evidencio, aí, a distância entre teoria e prática e a necessidade de repensar esta nova política de saúde mental, no sentido de avaliar aquilo que é possível fazer, com os recursos disponíveis para a saúde de cada município, procurando tornar viável a lei da Reforma Psiquiátrica aprovada à nível estadual e municipal, desde a década de 90. Também, parece imprescindível que se inicie esta nova forma de repensar a saúde mental, pelo preparo dos profissionais de saúde, a fim de que priorizem o trabalho multidisciplinar, se conscientizem da importância do trabalho em equipe, bem como, se proponham a repensar seus próprios preconceitos, mudando sua visão em relação a capacidade

de “cura”, que cada ser humano, certamente, carrega dentro de si. Desta forma, provavelmente, haverá por parte dos profissionais de saúde, a crença de que é possível buscar novas alternativas de cuidado em saúde mental.

O ser-aí portador de doença mental, pode iniciar a vivência da doença com inautenticidade, mas, posteriormente, alguns a assumem com autenticidade. Neste estudo, um dos seres-aí portadores de doença mental assumiu sua doença com autenticidade, revelada pela sua conscientização da doença e da necessidade de cuidar-se, pelo reconhecimento das suas possibilidades e limites diante desta nova vivência, aceitando suas limitações como uma das formas que precisa ser assumida com autenticidade para poder-ser-no-mundo com os outros, constituindo-se no que Heidegger caracteriza como “cura”.

O rótulo do diagnóstico médico ainda parece muito forte e pode comprometer as possibilidades de poder-ser do ser-aí portador de doença mental, dificultando, ainda mais, a busca e o reconhecimento do seu potencial como ser-no-mundo. O modo de ser da equipe que reforça, muitas vezes, a convicção da família de que não há mais nada a fazer e que as possibilidades de melhora inexistem, torna-se um obstáculo para a recuperação do ser-aí portador de doença mental para a vida. Esse modo de ser da equipe expressa o quanto os profissionais de saúde parecem despreparados para refletir e repensar o seu fazer cotidiano, de modo a redimensioná-lo em busca da saúde daqueles que são cuidados. A falta de investimento no potencial do outro pode fazê-lo regredir ou, até mesmo, mantê-lo na condição de doente, reforçando a inautenticidade do ser-aí cuidado como ser-no-mundo.

A compreensão do quanto podemos mudar e reavaliar nossas percepções enquanto cuidadores, para cuidar de modo eficiente, parece estar clara e evidente. A necessidade de apagar os preconceitos crônicos, em relação à doença mental, emerge como prioridade para fazer, da esperança, a essência do cuidado prestado às famílias, ajudando-as na busca das suas possibilidades para poder-ser. A humanização como modo de ser faz-se necessária quando há o desejo de recuperar o outro para ter uma boa qualidade de vida.

O estigma da loucura, ainda, mostra-se muito marcante na sociedade, que age com indiferença, desrespeito e, até mesmo, de modo desumano com a família que vivencia este problema, eliminando-a, freqüentemente, do convívio social. A convivência cotidiana dos seres humanos com a família do ser-aí portador de doença mental, tanto nas instituições de saúde, como na sociedade em geral, é caracterizada pela inautenticidade do modo de ser impessoal, permeada pela indiferença em relação aos seus sentimentos.

O comprometimento da comunicação na relação familiar, assim como na relação com os profissionais de saúde, pode tornar mais difícil, ainda, a busca da saúde mental da família e uma melhor compreensão do ser-aí que tem a doença. A família parece ter dificuldades em perceber a linguagem como modo de discurso autêntico e como uma possibilidade de compreensão mútua entre seus membros e da sua situação existencial. A linguagem, cujo fundamento ontológico-existencial é o discurso, propicia a abertura da pre-sença. É possível perceber, nestas famílias, que o familiar portador de doença mental apropria-se do silêncio como discurso autêntico; no entanto, os demais familiares têm dificuldades para percebê-lo sob esta ótica. Às vezes, a inabilidade para se comunicar não lhe permite perceber o silêncio do outro como uma oportunidade para ouvi-lo e compreendê-lo melhor.

As dificuldades na comunicação fazem-se presentes na relação da família com os profissionais de saúde, optando, também, pelo silêncio como forma de discurso. Para Heidegger, "O mudo é a tendência para falar" (1997, v.1, p.224). Freqüentemente, a família mantém-se calada nesta relação, parecendo temer mostrar-se como um ser-aí no mundo da doença mental, que precisa ser cuidada. Por sua vez, os profissionais de saúde não têm por hábito utilizar-se da escuta como possibilidade existencial do próprio discurso, para poder conhecer e compreender melhor o significado desta vivência para a família, limitando-se, apenas, a manter-se no modo privativo da escuta, do não ouvir. No pensamento heideggeriano, somente quem já compreendeu é que poderá escutar; como os profissionais de saúde, na maioria das vezes, não se encontram abertos para compreender a família, não conseguem escutar o que esta tem a dizer, havendo uma relação permeada por uma comunicação ineficente.

O “não-ser” é o modo mais próximo que a família se mantém na relação com os profissionais de saúde. Tanto a família como os profissionais parecem permanecer, ainda, no modo de ser da de-cadência. Os profissionais de saúde parecem tranquilos em relação ao seu modo de ser e agir em busca da saúde mental da família, aceitando este modo de ser-com o outro e de cuidá-lo como uma verdade. O ser-aí portador de doença mental, mesmo mantendo-se cada vez mais alienado do mundo, em consequência de um cuidado deficiente, não reivindica seus direitos, nem tampouco sua família. Ambos limitam-se a aceitar o que lhes é oferecido, de maneira, predominantemente, inautêntica. Ao mesmo tempo que reconhecem o cuidado deficiente prestado pelos profissionais de saúde e pelas próprias instituições, cujo atendimento é desprovido de solicitude e de solidariedade, a família busca, então, na alienação da sua presença, evitar conflitos com os profissionais de saúde, temendo prejudicar seu familiar doente.

No mundo do hospital psiquiátrico, existe uma preocupação com o fazer e uma ocupação com os seres-aí portadores de doença mental, o que dificulta o estabelecimento de uma relação de confiança com quem é cuidado. Ocupar-se, sem preocupar-se, afasta a possibilidade de envolvimento com aquele que é cuidado. Esse cuidado, além de ser deficiente e indiferente, muitas vezes, é desprovido de uma postura ética do profissional de saúde em relação à família, expondo sua intimidade para outros seres que não compartilham desta convivência.

A equipe de saúde não assume uma postura solícita com a família e não se envolve com a sua dor e o seu sofrimento, no sentido de lhe dar um suporte. Tampouco faz-se presença nesse cuidado, que se constitui num fazer “mecânico”, sem estar junto aquele que é cuidado. A preocupação dos profissionais está atrelada à doença e não ao ser daquele que é cuidado, menos ainda, ao seu poder-ser. O não envolver a família no cuidado prestado ao ser-aí portador de doença mental, a indiferença em relação à existência da família e o não estimular o ser doente na participação do seu cuidado, constituem-se em relações inautênticas, caracterizando a solicitude negativa; aquela em que se faz, pelo outro, aquilo que ele poderia fazer, constituindo-se numa substituição dominadora que dificulta o seu crescimento, tirando-lhe o poder de decidir qual o melhor caminho a seguir em

busca da sua saúde, assumindo ou não o seu cuidado.

O cuidado prestado torna-se deficiente quando o profissional de saúde não consegue ver os aspectos saudáveis daquele ser que é cuidado, limitando a possibilidade do ser-aí portador de doença mental e de sua família de poder-ser. A ausência de informação no cuidado, provavelmente, refere-se à posição de poder do profissional frente à família, considerando-se detentor do conhecimento e retirando, daquele que é cuidado, um direito que lhe é inerente, o conhecimento de si próprio. Provavelmente, cabe aos profissionais de saúde reverterem essa situação de desinformação, ou seja, a partir da visualização dos seres cuidados como seres-aí no mundo e não apenas a doença que vivenciam.

Na medida em que os profissionais de saúde despirem-se do autoritarismo do seu saber, reaprenderem alguns valores, poderão, então, aproximar-se das famílias, através de uma relação mais humana, na qual os saberes serão compartilhados para que ocorra uma cumplicidade no cuidado prestado, bem como um envolvimento e compromisso maiores, de ambas as partes, daqueles que são cuidados e daqueles que cuidam. De que adiantam os avanços tecnológicos e científicos, se tais saberes não forem usados em benefício do ser humano? As relações humanas são insubstituíveis no universo das doenças mentais; não há tecnologia que substitua a essência do homem, que é encontrar-se consigo mesmo e reconhecer seu potencial. Faz-se necessário, então, que a família e o ser-aí portador de doença mental estejam disponíveis para este tipo de relação com os profissionais de saúde, para que o cuidado se torne eficiente.

A família parece vivenciar a facticidade da doença através de um movimento dialético; primeiro, nega a doença; no entanto, com o tempo, tende a assumi-la com autenticidade. Esse tempo que a família leva para conscientizar-se da doença, no pensamento heideggeriano, refere-se a um existencial que opera mudanças no ser, cujo destino de vivenciar esta facticidade, a família não pode escapar, caracterizando a transitoriedade destes seres-aí, nessa vivência. O significado de ser cuidada refere-se à solidariedade, ao envolvimento, à presença, a comunicação e à ocupação imbuída de preocupação no fazer cotidiano do cuidado.

Quando a família valoriza e acredita no potencial do seu familiar portador de doença mental, mantém, dentro de si, as expectativas de um por vir melhor; busca valorizar seus aspectos sadios e estimula o seu poder-ser. Já, quando o desvalor da doença mental encontra-se arraigado na concepção da família, como o único modo de ser possível do seu familiar, limita-se, apenas, a preocupar-se com o seu aspecto físico e a desesperança começa a constituir o seu novo modo de ser. Algumas vezes, a família cuida do seu familiar de modo autêntico, estimulando o seu poder-ser, em outras, cuida através de uma solicitude negativa, querendo ter o domínio sobre o familiar doente, pelo medo do por vir e pela insegurança do que fazer. Essa inautenticidade surge em função do despreparo para cuidar, o que pode dificultar o poder-ser do seu familiar, bem como o assumir sua autenticidade nesta vivência.

Há longos anos, na história da psiquiatria, a família vem sendo considerada culpada e responsável pela condição de estar doente do seu familiar, ou até mesmo, é percebida pelos profissionais de saúde como despreparada e incapaz de cuidá-lo. Na realidade, existem determinadas situações em que se faz necessário que o ser doente, se afaste do convívio com a família, para recuperar e manter sua saúde mental. Entretanto, acredito que se o familiar doente não tiver condições de manter uma certa qualidade de vida sozinho, é preciso que a família assuma o seu cuidado, para que não venha a se tornar mais um ser marginalizado, andando pelas ruas, sem rumo. Quando isto acontece, parece mais necessário ainda, que os profissionais de saúde voltem sua atenção e cuidado para esta família, a fim de cuidá-la e buscar, juntamente com ela, alternativas e/ou meios que possam mobilizar o seu potencial para a saúde, diminuindo, assim, a sua desestruturação, suas inseguranças e a sua possível condição de seres doentes.

Existe, também, a família que, por inúmeras razões não quer ou não pode cuidar do seu familiar portador de doença mental, abandonando-o e ignorando sua existência, até porque, cuidá-lo, implica uma sobrecarga intensa para a família, que nem sempre se encontra disponível para assumir tamanha responsabilidade e, tampouco, preparada emocional, social e/ou economicamente para tal atitude. Entretanto, este estudo teve por objetivo compreender as famílias que querem

cuidar do seu familiar portador de doença mental e que, aparentemente, têm condições para fazê-lo, mesmo que, se mostrem frágeis e inseguras para realizar tal cuidado e, em determinados momentos, desestruturadas emocionalmente e sobrecarregadas com a problemática que vivenciam em seu cotidiano. Busquei, então, compreender suas necessidades frente a esta vivência, acreditando que a família como um todo precisa ser cuidada e não somente aquele membro que manifesta a doença porque ao retornar ao seu contexto, poderá cronificar a doença, exacerbar as crises agudas ou, até mesmo, negar-se a continuar convivendo com os outros, fugindo do seu mundo circundante, caso não ocorram mudanças significativas nos vários membros da família que compartilham desta co-existência.

Minha intenção não foi mostrar uma única realidade das famílias que vivenciam a doença mental, nem tampouco um lado bonito que, muitas vezes, pode parecer irreal numa situação tão caótica como a condição de vivenciar o drama da doença mental, mas este foi o perfil que emergiu das famílias escolhidas para participarem deste estudo. Como a intenção era exatamente esta, ou seja, compreender as famílias que vivenciam a doença mental no seu cotidiano e aquilo de que necessitam para se sentirem cuidadas e para poderem cuidar melhor do seu familiar portador de doença mental, é que optei por não abordar a situação vivenciada por outras famílias, que não cuidam do seu familiar doente ou que comprometem ainda mais a sua saúde mental ou porque não possuem estrutura emocional, social e/ou econômica que lhes permita cuidá-lo. Independente da família que vivencia a doença mental, tanto aquela que cuida de modo eficiente como a que cuida de modo deficiente, na sua maioria, podem necessitar da internação hospitalar do seu familiar doente, como um meio de se recuperar do estresse que esta co-existência traz na sua vida cotidiana. Entretanto, esta internação, de acordo com o proposto na Reforma Psiquiátrica, deve acontecer em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral, pelo menor período possível, ficando internado o ser doente, apenas enquanto se fizerem necessários os cuidados especializados, que devem ser realizados pelos profissionais de saúde. Após a recuperação da crise aguda da doença, deverá voltar para o seu local de origem. No município em que foi realizada esta pesquisa, ainda existe um hospital psiquiátrico, que continua servindo de asilo para os seres portadores de doença

mental, na sua maioria, encaminhados pelos profissionais da rede básica e das demais instituições de saúde.

Ao finalizar este estudo, vejo a sua possibilidade de tornar-se um meio pelo qual os seres que cuidam possam refletir sobre o seu fazer cotidiano na relação com os seres cuidados, para repensar e modificar, também, o seu modo de cuidar. Acredito, também, que possa desencadear novas reflexões e a possibilidade da construção de outros caminhos em busca de uma maior qualidade no cuidado prestado à família do ser-aí portador de doença mental.

Um dos caminhos refere-se à formação acadêmica dos profissionais de saúde sendo, ainda no curso de graduação, emergencial que compreendam e conheçam a relevância de cuidar da família e não apenas do ser doente, como um dos meios para promover a saúde e evitar, ao máximo, a doença; aprendam a reconhecer a presença da família no cuidado prestado ao ser doente, tornando-a um participante-ativo na busca da sua saúde mental e ampliando o cuidado, para que este seja mais eficiente. O cuidado da família deve permear a formação dos profissionais, nos cursos de graduação da área da saúde, para que se torne um conceito arraigado naqueles que irão cuidá-la, buscando, assim, uma melhor qualidade de vida para estes seres.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- AMARAL, Márcia A. do . Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, n.31, p. 288-295, 1997
- AUSTREGÉSILO. Terapia de Choque. **Revista Atenção**, São Paulo, n. 5, p. 10-15, ano2 , 1996. Entrevista.
- BASSIT, William. A família e a doença mental. **Temas**, São Paulo, n. 37, p. 56-63, 1989.
- BELMONTE, Pilar et al. **Temas de saúde mental - textos básicos do curso básico de acompanhamento domiciliar**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 1998.
- BENOIT, Jean C. . **Angústia psicótica e sistema familiar**. São Paulo : Editorial Psy II, 1994.
- BERENSTEIN, Isidoro. **Família e doença mental**. São Paulo : Escuta, 1988.
- BERNARDO, Frei. A família pode ser uma eficaz unidade terapêutica. **Hospitalidade**. Portugal , v. 56 , n. 221 , out/dez , 1992.
- BICUDO, Maria Aparecida Viggiani ; ESPÓSITO, Vitória Helena Cunha . **Pesquisa qualitativa em educação**. 2ª ed. Piracicaba: Editora UNIMEP, 1997.
- BOEMER, Magali R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.2 , n. 1, p. 83-94, jan. 1994.

CADETE, Matilde Meire M. **Da adolescência ao processo de adolescer.** São Paulo, 1994. Tese (Doutorado em Filosofia) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1994.

CAPALBO, Creusa. Abordando a enfermagem a partir da fenomenologia. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 2, n. 1, p. 70-76, maio, 1994a.

_____. **Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem.** **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p. 192-197, out., 1994b.

_____. **Fenomenologia e ciências humanas.** Londrina: Editora UEL, 1996.

CAMARGO, Teresa Caldas. **O ex-istir feminino um rosto sem moldura: uma análise compreensiva.** Rio de Janeiro, 1997. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem Anna Nery, 1997.

CARVALHO, Anésia de S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica.** Rio de Janeiro: Agir, 1987.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **A família contemporânea em debate.** São Paulo: Cortez, 1995.

COHEN, Marlene Zichi, OMERY, Anna. Schools of phenomenology: implications for research. In: MORSE, J. M. **Critical issues in qualitative research methods.** Califórnia: SAGE, 1994.

CHESLA, Catherine A. Mental illness and the family. In: GILLIS, Catherine L. et al. **To word a science of family nursing.** Califórnia: Addison-Wesley Publishing, 1989.

CORDO, Margarida. A relação da família com o doente. **Hospitalidade.** Portugal, v. 56, n. 221, out/dez, 1992.

- COSTA, Annette Souza Silva M. da. **A convivência com o doente mental – uma análise compreensiva.** Belo Horizonte: 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 1998.
- CRITELLI, Dulce Mara. Para recuperar a educação - uma aproximação à ontologia heideggeriana. In: HEIDEGGER, Martin. **Todos nós ... ninguém - um enfoque fenomenológico do social.** São Paulo: Editora Moraes, 1981.
- CROSSETTI, Maria da Graça. **Processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial na enfermagem.** Florianópolis, 1997. Tese (Doutorado em filosofia) . Universidade Federal de Santa Catarina.
- DARTIGUES, André. **O que é a fenomenologia?** Rio de Janeiro: Eldorado, 1973.
- ELSEN, Ingrid et al . Marcos para a prática de enfermagem com famílias. In: ELSEN, Ingrid. **Desafios da enfermagem no cuidado de famílias.** Florianópolis, 1994, cap. 2 , p. 61-77. Universidade Federal de Santa Catarina.
- ESPÓSITO, Vitória Helena Cunha. Pesquisa qualitativa: modalidade fenomenológica-hermenêutica - relato de uma pesquisa. In: BICUDO, Maria Aparecida V., ESPÓSITO, Vitória H. Cunha. **Pesquisa qualitativa em educação.** 2ª ed., Piracicaba: Editora UNIMEP, 1997.
- FAGUNDES, Paulo. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica - algumas questões cruciais, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro: ECN, v.47, n.4, p. 163-168, 1998.
- FRAGA, Maria de Nazaré de O. **A prática de enfermagem psiquiátrica - subordinação e resistência.** São Paulo: Cortez, 1993.
- GILES, Thomas Ransom. **História do existencialismo e da fenomenologia.** São Paulo, EPV: Editora da Universidade de São Paulo, 1975.

- GIOVANELLA, Ligia, AMARANTE, Paulo. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- GOMES, William B. **Fenomenologia e pesquisa em psicologia**. Porto Alegre: Editora da URGs, 1998.
- GOLDBERG, Jairo. Reabilitação como processo - o centro de atenção psicossocial - CAPS. In: PITTA, Ana. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- GULLAR, Ferreira. A revolução pelo afeto. **Jornal Zero Hora: Caderno Cultura**, p. 12, nov., 1999.
- HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. 6ª edição. Parte I. Petrópolis: Vozes, 1997.
- _____. **Ser e tempo**. 5ª edição. Parte II. Petrópolis: Vozes, 1997.
- _____. **Todos nós ... ninguém- um enfoque fenomenológico do social/ Martin Heidegger: apresentação, introdução, notas e epílogo Solon Spavoudis; tradução e comentário Dulce Mara Critelli** - São Paulo: Editora Moraes, 1981.
- JÚNIOR, Willian A. H. Valentini, VICENTE, Cenise Monte. A reabilitação psicossocial em Campinas. In: PITTA, Ana. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- LOPES, Regina Lúcia Mendonça ; SOUZA, Ivís Emília de Oliveira. Ser e tempo: marco do projeto filosófico heideggeriano. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n. 3 , p.81-94, set./ dez., 1997.
- MACEDO, Ana Lúcia P., MARON, Maria da Glória. A clínica e a reforma psiquiátrica: um novo paradigma?. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: ECN, v.46, n.4, p. 205-211, 1997.

- MACEDO, Zedyr. O que é ser familiar de doente mental. **Informação Psiquiátrica**, Rio de Janeiro: ECN, n.3, v. 16, p. 117-119, jul/ ago/ set, 1997.
- MADUREIRA, Maria Dolores S. **O ser adolescente infrator: significando a própria existência**. Belo Horizonte, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.
- MARTINS, Joel ; BICUDO, Maria Aparecida V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1989.
- MARTINS, Joel ; BOEMER, M. R. ; FERRAZ, C. A . A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. **Revista de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 24, n.1, p. 139-147, abr., 1990.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório final da 2ª conferência nacional de saúde mental**. Brasília: Coordenação de Saúde Mental, 1994.
- MORENO, Mariano Galve. A família e os círculos malditos da doença mental. **Hospitalidade**. Portugal, v. 56 , n.221, out./dez., 1992.
- MOTTA, Maria da Graça Corso da. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais**. Florianópolis, 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.
- OMERY, Anna, MACK, Carol. Phenomenology and science. In: OMERY, Anna et al. **Search of nursing science - thousand oaks**, Califórnia: SAGE, 1995.
- OLIVEIRA, Adriane M. N. de. **Assistência de enfermagem às famílias que convivem com o ser humano portador do diagnóstico de doença mental**. Rio Grande, 1998. Relatório da Prática Assistencial (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

- OLIVIERI, Durval Pessoa. **O ser doente – dimensão humana na formação do profissional de saúde**. São Paulo: Editora Moraes, 1985.
- PASTORE, Karina. Saudável loucura. **Revista Veja**, São Paulo, p. 9-11, set., 1996.
- PEIXOTO, Geraldo. No meio do caminho tinha uma pedra. In: PITTA, Ana. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- PRADO, Danda. **O que é família**. 12^a ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- RAMOS, Magdalena . **Casal e família como paciente**. São Paulo: Editora Escuta, 1994.
- RIBEIRO, Mário Sérgio, TEIXEIRA, Luciana Sacapin. Por uma ética das práticas em saúde mental, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro: ECN, v.46, n.6, p. 331-337, 1997.
- RICOEUR, Paul. **Interpretação e ideologias**. 3^a ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.
- ROTELLI, Franco. Superando o manicômio - o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- SAIDE, Osvaldo Luiz. Ainda precisamos de asilos para doentes mentais?. **Informação Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: ECN, n. 3, v. 15, p. 108-109, jul/ago/set, 1996.
- SCHNEIDER, Jacó Fernando. **A temporalidade do ser denominado esquizofrênico, fora de suas crises**. São Paulo, 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- _____. **Enfermagem Psiquiátrica e fenomenologia – algumas considerações**. **Revista Brasileira de Enfermagem de Brasília**. V. 47 , n.1 , p. 57-60, jan./mar., 1994.

- SILVA, Mara Regina Santos da. **Família e alcoolismo: em busca do conhecimento**. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- SILVA, Mara Regina Santos da et al. **A trajetória percorrida pelas famílias que vivenciam a doença mental em busca de recursos**. Rio Grande, 1998. Pesquisa – Fundação Universidade Federal do Rio Grande.
- SIMÕES, Sônia M. F. ; SOUZA, Ívis Emília de O. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5 , n. 3 , p. 13-17 , jul. 1997.
- SOUZA, Ívis. **Fenomenologia: uma abordagem metodológica heideggeriana**. Florianópolis: Pós-Graduação em Enfermagem. 1998, 32p. (Notas de Curso Sobre Fenomenologia) – UFSC.
- SPANOUDIS, Solon. Apresentação - todos que procuram o próprio caminho. In: HEIDEGGER, Martin. **Todos nós ... ninguém - um enfoque fenomenológico do social**. São Paulo: Editora Moraes, 1981.
- STEIN, Ernildo. **Seis estudos sobre “ser e tempo” – (Martin Heidegger)**. Rio de Janeiro: Vozes, 1990.
- TROTIGNON, Pierre. **Heidegger**. São Paulo: Edições 70, 1965.
- VATTIMO, Giani. **Introdução a Heidegger**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1987.
- ZAGONEL, Palmira Sanson. **O ser adolescente gestante em transição existindo: um enfoque de cuidar – pesquisar sob a ótica da enfermagem**. Florianópolis, 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina

ANEXOS

ANEXO 01

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

01 de setembro de 1998.

ILMO. SR.

M.D. SECRETÁRIO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO

Prezado Senhor,

Venho por meio deste solicitar sua autorização para realizar uma pesquisa com as famílias, cujos familiares com doença mental são atendidos no Centro de Atenção à Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde.

Para tanto, encaminho, em anexo, o projeto de pesquisa, para análise e coloque-me a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Contando com sua colaboração, subscrevo-me,

Atenciosamente,

Adriane M. Netto de Oliveira

ANEXO 02

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. VALÉRIA LERCH LUNARDI
CO-ORIENTADORA: PROF^a. MSC. MARA REGINA S. DA SILVA

AUTORIZAÇÃO

Autorizo minha participação no projeto de desenvolvimento da dissertação de mestrado da enfermeira Adriane Maria Netto de Oliveira, o qual propõe compreender o significado de vivenciar a doença mental na família, a fim de oferecer uma assistência mais qualificada para estas famílias e, para que sintam suas necessidades e dúvidas atendidas pela equipe de saúde, frente a situação de doença que vivenciam.

Aceito que as entrevistas sejam gravadas para facilitar a realização do trabalho. Estou ciente de que as gravações serão sigilosas e utilizadas, de forma anônima, apenas para fins científicos, tendo minha identidade preservada.

Tenho ainda, liberdade para desistir, a qualquer momento, do trabalho, sem acarretar problemas futuros, em função de tal decisão.

Autorizo minha participação neste trabalho,

Assinatura do Entrevistado

FAMILIAR ENTREVISTADO:

ANEXO 03

1. QUESTÃO NORTEADORA:

-FALE-ME SOBRE: O QUE SIGNIFICA PARA VOCÊ VIVENCIAR A DOENÇA MENTAL NA SUA FAMÍLIA?

2. QUESTÕES DE SUPORTE:

a. Quantas pessoas fazem parte da sua família?

b. Você poderia me falar um pouco sobre cada uma?

c. Como é a sua relação com o familiar doente?

d. Na ocasião do primeiro surto e/ou internação, que sentimentos você teve em relação ao profissional da saúde que lhe atendeu?

e. Na ocasião do primeiro surto e/ou internação, que sentimentos você teve em relação ao atendimento prestado?

f. Que necessidades você teve frente a esta nova situação vivida?

g. Você teve dificuldades após a primeira alta hospitalar? Quais?

h. O que, nesse processo vivido, você poderia apontar como ajuda, para superar e enfrentar as dificuldades vivenciadas?

i. Que tipo de apoio esperava encontrar da equipe de saúde?

j. Você gostaria de falar mais alguma coisa?