



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**PERCEPÇÕES DO SER HUMANO INTERNADO EM UNIDADE  
PSIQUIÁTRICA SOBRE O VIVER COM DOENÇA MENTAL**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Gabriela Zenatti Ely**

**Santa Maria/RS  
2015**

**PERCEPÇÕES DO SER HUMANO INTERNADO EM UNIDADE  
PSIQUIÁTRICA SOBRE O VIVER COM DOENÇA MENTAL**

**Gabriela Zenatti Ely**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade  
Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito  
parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marlene Gomes Terra**

Santa Maria/RS, Brasil

2015

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Zenatti Ely, Gabriela  
PERCEPÇÕES DO SER HUMANO INTERNADO EM UNIDADE  
PSIQUIÁTRICA SOBRE O VIVER COM DOENÇA MENTAL / Gabriela  
Zenatti Ely.-2015.  
104 p.; 30cm

Orientadora: Marlene Gomes Terra  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, RS, 2015

1. Adulto 2. Enfermagem. 3. Sofrimento Mental 4.  
Percepção 5. Internação Hospitalar I. Gomes Terra, Marlene  
II. Título.

Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Projeto de Dissertação de Mestrado

**PERCEPÇÕES DO SER HUMANO INTERNADO EM UNIDADE  
PSIQUIÁTRICA SOBRE O VIVER COM DOENÇA MENTAL**

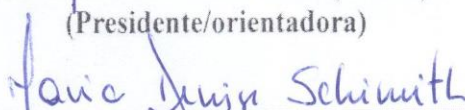
elaborado por  
**Gabriela Zenatti Ely**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Enfermagem**

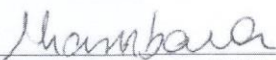
**COMISSÃO EXAMINADORA**



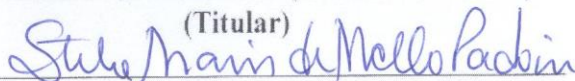
Dr<sup>a</sup> Marlene Gomes Terra (UFSM)  
(Presidente/orientadora)



Dr<sup>a</sup> Maria Denise Schimith (UFSM)  
(Titular)



Dr<sup>a</sup> Marinês Tambara Leite (UFSM/CESNORS)  
(Titular)



Dr<sup>a</sup> Stela Maris de Mello Padoin (UFSM)  
(Suplente)

Santa Maria, 26 de fevereiro de 2015

*Dedico este trabalho à minha família e a todo ser humano, que instigam o melhor que eu possa ser...*

## AGRADECIMENTOS

Viva todo o seu mundo,  
Sinta toda a liberdade  
(FLAUSINO, MELLO, 2002; VAGALUME, 2015)

---

*Nessa trajetória como ser no mundo há muito a agradecer e para quem agradecer... mas, aqui me reservo a singelas palavras e o desejo do mundo vida... de aprender, desaprender, viver...eis o desejo de liberdade: “nos permitir viver tudo que há pra viver, vamos nos permitir”: a compartilhar momentos com pessoas que amamos... eis, a maior dádiva de nossa existencia!!! Agradeço primeiramente, a minha família e, a família de pessoas que escolhi para compartilhar momentos... nutrir desejos, sonhar e realizar, as quais instigam o melhor que eu posso ser em cada momento compartilhado no mundo vida.*

*Mãe, mulher guerreira e amável, admiro muito pela simplicidade de ser, vamos viver, minha parceria de todos os momentos! Vó, um exemplo de superação e entusiasmo pela vida; é muito bom você ainda me pegar no colo! Mana Ká, meu orgulho, obrigada por todos os ensinamentos, conselhos e brindes, pois afinal sempre temos o que comemorar!*

*Bê, “lombinho” querido, “Fuko Fuko”, que encanta nossos dias com a alegria de ser criança e nos ensina com tanta sabedoria a aproveitar o momento! Carlos, cunhado, valeu por toda parceria em nossos momentos esportivos! Mika, amiga linda... ótimas lembranças e desejo de presença amiga... quantos momentos, histórias e convivência...construímos e desconstruímos...porto seguro: amizade que levo com todo carinho de ser... Tia Beth e Seu Lara, obrigada por me acolher com todo carinho como pessoa dessa família! Adão, admiro muito pela sua honestidade e competência... valeu amigo por toda parceria ao longo desses anos, e viva a pizza!!! Fernanda, amiga linda que eu amo pelo seu jeitinho de ser... adoro seu “sofá”: porto amigo e nossas caminhadas! Afinidade e cumplicidade, admiro muito!*

*Márcia, comadre linda, a qual amo compartilhar momentos... qtas vivências...Cumplicidade! Admiro pela sua simplicidade de ser, que encanta e me faz desejar sua companhia sempre por perto. Cissa, véia rabuxenta que amo tanto, escolheria todos os dias você por perto, simplicidade de um olhar ...adoro suas gargalhadas e compartilhar toda parceria dessa amizade. Daíse, amiga de um senso de humor ímpar: alegria em pessoa, mas que me “acorda” pra vida com uma sabedoria e verdades do mundo e seu “Gabriela”! Tuane, amizade que guardo com todo carinho, adoro nossas caminhadas e parcerias das perdas da “Vale”, tim tim!!!Kati, e sempre bom te*

*reencontrar com a mesma alegria, viva nossa amizade e as parcerias da loucura feliz da vida! Nana, que saudades dos nossos mates, parcerias da vidinha e da vida acadêmica, ótimas lembranças ... e, sempre presença amiga, mesmo agora trilhando seus caminhos em outros mundo. Amo! Ao Seu Carlinhos, a dona Gladys e a nossa equipe amada Ro, Camila,*

*Augusto e Márcia, obrigada por todos os ensinamentos, alergias, ceias de ano novo e parcerias com minha agenda. Aos meus sujeitos de pesquisa, que me instigam a prosseguir na construção do conhecimento e a respeitar cada dia mais o desejo de liberdade da vida humana. A Marlene, orientadora que acolhe. Obrigada pela paciência e ensinamentos nessa trajetória. Ao grupo de pesquisa PEFAS que me oportunizou ferramentas e trocas de experiências. Ao PPGENF pela oportunidades e produção de conhecimento. A banca de qualificação e de defesa pelas contribuições. Aos meus alunos da faculdade Dom Alberto, que me acolherem e instigaram a descobrir a alegria em ser professora. Enfim, as pessoas que me instigam o desafio de ser e viver nossa liberdade no mundo... viva o mar!!!*

**RESUMO**  
**Dissertação de Mestrado**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**  
**Universidade Federal de Santa Maria**

**PERCEPÇÕES DO SER HUMANO INTERNADO EM UNIDADE  
PSIQUIÁTRICA SOBRE O VIVER COM DOENÇA MENTAL**

**AUTORA: GABRIELA ZENATTI ELY**  
**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> MARLENE GOMES TERRA**  
**Santa Maria, 26 Fevereiro 2015**

O processo saúde doença envolve a percepção de cada ser humano e sociedade em uma determinada época e cultura. O objetivo do estudo foi desvelar a percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental. Trata-se de um estudo fenomenológico sustentado pelo referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty. A etapa de campo foi desenvolvida no período de janeiro a março de 2014, na Unidade de Internação Psiquiátrica Paulo Guedes do Hospital Universitário de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, Brasil, após a aprovação do Protocolo do Projeto de Dissertação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o nº 26153713.1.0000.5346. Os participantes foram 10 pessoas com idades entre 21 anos e 59 anos, hospitalizadas, com doença mental. Na coleta das informações utilizou-se a entrevista fenomenológica, que se caracterizou por ser aberta e individual. Optou-se pela utilização da hermenêutica de Paul Ricoeur, seguindo como método de interpretação dos discursos. Revelaram-se três temas a partir dos discursos mostrando a riqueza do conteúdo existencial que perpassa o vivido do ser humano com a doença mental, propiciando reflexões profundas: o mundo do ser humano que vivencia a doença mental; percepção da doença mental para o ser humano que vivencia a internação psiquiátrica; e o ser na relação de ambiguidade: o movimento de liberdade. O estudo desvelou uma rede de significações, que não foi estática, mas que se abre a inúmeras interpretações, pois não é determinada definitivamente. Desse modo, a equipe de saúde, em especial o enfermeiro, necessita congrega nas suas ações o cuidado ao ser humano que vivencia a doença mental, em consonância ao modelo psicossocial e, aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Também promover uma rede quente de cuidado singularizado, que prese pelo acolhimento e instigue o autocuidado do ser humano por meio da educação em saúde; na perspectiva de ações de integralidade, promover a saúde mental e a prática da enfermagem social. Sendo assim, esse estudo poderá nortear a aplicabilidade da política nacional de saúde mental na perspectiva de promover a autonomia do sujeito pela sua voz.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adulto. Enfermagem. Sofrimento Mental. Percepção. Internação Hospitalar

## **ABSTRACT**

**Master's Thesis  
Post-Graduate Program in Nursing  
Universidade Federal de Santa Maria**

### **PERCEPTIONS OF THE HUMAN BEING ADMITTED IN PSYCHIATRIC UNIT ABOUT LIVING WITH MENTAL DISEASE**

**AUTHOR: GABRIELA ZENATTI ELY  
ADVISOR: MARLENE GOMES TERRA  
Santa Maria, February 26, 2015**

The health-disease process involves the perception of every human being and society in a particular time and culture. The objective of the study was to reveal the perception of human being admitted in psychiatric unit about living with mental disease. It is a phenomenological study supported by the theoretical-philosophical framework of Maurice Merleau-Ponty. The field stage was developed in the period January-March 2014, the Inpatient Psychiatric Unit Paulo Guedes at Hospital Universitário de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil, after the approval of the Master's Project Protocol by the Ethics Committee Human Research, under nº 26153713.1.0000.5346. The participants were 10 people with aged 21 years to 59 years, hospitalized with mental disease. In the data collection used the phenomenological interview, which was characterized as open and individual. It was opted for the use Paul Ricoeur's hermeneutics, following as interpretation method of speeches. It was proved to three themes from the speeches showing the richness of the existential content that permeates the human lived with mental disease, providing deep reflection: the world of the human beings who experience mental disease; perception of mental disease to humans being who experience the psychiatric hospitalization; and being in the ambiguity of relationship: the freedom of movement. The study unveiled a network of meanings, which was not static, but that opens to numerous interpretations because it is not definitely determined. In addition, health staff, especially nurses, need to gather in their actions the care for human beings who experience the mental disease, in line psychosocial model and principles and guidelines of the National Health System. It aims to promote a network hot singled to care which gift by the host and instigate self-care of the human being through health education; the perspective of completeness actions, promote mental health and the practice of social nursing. Thus, this study may guide the applicability of national mental health politic in perspective to promote the autonomy of the subject by his voice.

**Keywords:** Adult. Nursing. Stress Psychological. Perception. Hospitalization.



## **LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BDENF - Base de Dados de Enfermagem  
BVS-BIREME - Biblioteca Virtual da Saúde  
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial  
CAPS ad - Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Outras Drogas  
CCS - Centro de Ciências da Saúde  
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa  
CID 10 - Classificação Internacional das Doenças 10  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
CRS - Coordenadoria Regional de Saúde  
DATASUS - Departamento de Informática do SUS  
DEPE - Direção de Ensino e Pesquisa  
EP - Educação Permanente  
GAP - Gabinete de Projetos de Pesquisa  
GP - PEFAS - Grupo de Pesquisa "Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade"  
HD – Hospital-Dia  
HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ICPE - Consórcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica  
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde  
MS - Ministério da Saúde  
NAAB - Núcleos de Apoio à Atenção Básica  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PTS - Plano Terapêutico Singular  
PUBMED - Literatura Internacional Em Ciências da Saúde  
RST - Serviço Residencial Terapêutico  
RT - Residenciais Terapêuticos  
SciELO - Scientific Electronic Library Online  
SIE - Sistema de Informações para o Ensino  
SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SUS - Sistema Único de Saúde

UFMS - Universidade Federal de Santa Maria

UIPPG - Unidade de Internação Psiquiátrica Paulo Guedes

UIPPG - Unidade Internação Psiquiátrica Paulo Guedes

## **LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES**

Apêndice A – Roteiro para a entrevista

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice C – Termo de Confidencialidade

Anexo – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
2.1 Ser Adulto: o corpo vivido e a corporeidade.....	17
2.2 A loucura no processo saúde/doença: da lógica manicomial às linhas de cuidado em saúde mental.....	21
2.3 Produção do conhecimento acerca da doença mental: implicações no cotidiano de quem a vivencia e experiencia.....	26
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO: A FENOMENOLOGIA DE MAURICE MERLEAU-PONTY</b> .....	31
3.1 Da fenomenologia de Edmund Husserl à filosofia da percepção de Merleau-Ponty.....	31
3.1.1 3.1.1 A fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty.....	34
<b>4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	39
4.1 Tipo de estudo.....	39
4.2 Cenário da pesquisa.....	40
4.3 Etapa de campo.....	41
4.3.1 Aproximação e ambientação com o campo de estudo.....	41
4.3.2 Participantes do estudo.....	44
4.3.3 Produção de dados: a entrevista fenomenológica.....	47
4.4.4 A expressividade do encontro com o outro: a intersubjetividade em questão.....	49
4.5 Compreensão e interpretação: a fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur.....	50
<b>4.6 Dimensão ética</b> .....	52
<b>5 DESVELANDO AS PERCEPÇÕES DO SER HUMANO INTERNADO EM UNIDADE PSIQUIÁTRICA SOBRE O VIVER COM DOENÇA MENTAL</b> .....	54
5.1 O mundo do ser humano que vivencia a doença mental.....	50
5.2 Percepção da doença mental para o ser humano que vivencia a internação psiquiátrica.....	62
5.3 O Ser na relação de ambiguidade: o movimento de <i>liberdade</i> .....	73
<b>6 APROPRIAÇÃO: DESAFIO DA LIBERDADE NO MOVIMENTO DAS ONDAS DO MAR</b> .....	79
<b>7 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ENCONTRO INTERSUBJETIVO COM O <i>HOMEM NO MAR</i></b> .....	86
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	92
<b>APÊNDICE A - Roteiro para a entrevista</b> .....	101
<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	102
<b>APÊNDICE C - Termo de Confidencialidade</b> .....	104

A crônica *Homem no Mar* de Rubem Braga (2005), apresentada a seguir, assim como os trechos de músicas que respiram liberdade e entoam em cada capítulo deste estudo fizeram parte da minha trajetória construída como ser no mundo do Curso de Mestrado. Inspirou-me esse movimento das ondas do mar ao autoconhecimento e à percepção do outro. Um novo desafio conhecer e percorrer novos mundos com o olhar ao horizonte, o sorriso ao curtir as ondas em meu corpo, o sentir a brisa do mar que vibra liberdade! Eis o meu desejo em ação: o mar e a música em harmonia, como forma de expressão do ser humano no mundo.

Crônica “Homem no Mar”  
Rubem Braga

*De minha varanda vejo, entre árvores e telhados, o mar. Não há ninguém na praia, que resplende ao sol. O vento é nordeste, e vai tangendo, aqui e ali, no belo azul das águas, pequenas espumas que marcham alguns segundos e morrem, como bichos alegres e humildes; perto da terra a onda é verde.*

*Mas percebo um movimento em um ponto do mar; é um homem nadando. Ele nada a uma certa distância da praia, em braçadas pausadas e fortes; nada a favor das águas e do vento, e as pequenas espumas que nascem e somem parecem ir mais depressa do que ele. Justo: espumas são leves, não são feitas de nada, toda sua substância é água e vento e luz, e o homem tem sua carne, seus ossos, seu coração, todo seu corpo a transportar na água.*

*Ele usa os músculos com uma calma energia; avança. Certamente não suspeita de que um desconhecido o vê e o admira porque ele está nadando na praia deserta. Não sei de onde vem essa admiração, mas encontro nesse homem uma nobreza calma, sinto-me solidário com ele, acompanho o seu esforço solitário como se ele estivesse cumprindo uma bela missão.*

*Já nadou em minha presença uns trezentos metros; antes, não sei; duas vezes o perdi de vista, quando ele passou atrás das árvores, mas esperei com toda confiança que reaparecesse sua cabeça, e o movimento alternado de seus braços. Mais uns cinquenta metros, e o perderei de vista, pois um telhado a esconderá. Que ele nade bem esses cinquenta ou sessenta metros; isto me parece importante; é preciso que conserve a mesma batida de sua braçada, e que eu o veja desaparecer assim como o vi aparecer, no mesmo rumo, no mesmo ritmo, forte, lento, sereno. Será perfeito; a imagem desse homem me faz bem.*

*É apenas a imagem de um homem, e eu não poderia saber sua idade, nem sua cor, nem os traços de sua cara. Estou solidário com ele, e espero que ele esteja comigo. Que ele atinja o telhado vermelho, e então eu poderei sair da varanda tranquilo, pensando — “vi um homem sozinho, nadando no mar; quando o vi ele já estava nadando; acompanhei-o com atenção durante todo o tempo, e testemunho que ele nadou sempre com firmeza e correção; esperei que ele atingisse um telhado vermelho, e ele o atingiu”.*

*Agora não sou mais responsável por ele; cumpri o meu dever, e ele cumpriu o seu. Admiro-o. Não consigo saber em que reside, para mim, a grandeza de sua tarefa; ele não estava fazendo nenhum gesto a favor de alguém, nem construindo algo de útil; mas certamente fazia uma coisa bela, e a fazia de um modo puro e viril.*

*Não desço para ir esperá-lo na praia e lhe apertar a mão; mas dou meu silencioso apoio, minha atenção e minha estima a esse desconhecido, a esse nobre animal, a esse homem, a esse correto irmão.*

(BRAGA, 2005, p.27)

## INTRODUÇÃO

*Deixa eu ser como eu sou! Deixa eu ser quem eu sou! Se quiserem me internar não deixem. Deixem-me exercer minha loucura em paz. Se quiserem me internar não deixem. Deixem-me exercer minha loucura em paz. Porque eu nasci pra ser maluco. E te fazer a tradução. Do que é ser um bom maluco. Do que é ser um maluco sangue bom. [...] Liberdade acima de tudo. De bem com a vida e de bem com o mundo. (BROWN Jr., 2005; VAGALUME, 2015)*

---

As minhas indagações acerca da temática da saúde mental emergiram na trajetória acadêmica, no decorrer do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no Município de Santa Maria, quando realizei as aulas práticas da disciplina Enfermagem no Cuidado ao Adulto em Situações Críticas de Vida - área saúde mental. Também, pela vivência como bolsista assistencial de Enfermagem na Unidade Psiquiátrica Paulo Guedes do Hospital Universitário de Santa Maria (UIPPG/HUSM) no período de 2008 a 2010.

Além disso a inserção, desde o ano de 2008, no Grupo de Pesquisa "Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade" (GP - PEFAS), na Linha de pesquisa "Políticas e práticas de cuidado na saúde mental e dependência química das pessoas, famílias e sociedade", instigou o meu interesse e aproximação com a temática. Nesse grupo foram suscitadas possibilidades de conhecer as metodologias de pesquisas e participar de pesquisas na UIPPG/HUSM. Entre elas, destaco a pesquisa sobre a caracterização dos usuários adultos internados naquela unidade durante o ano de 2008. Essa pesquisa evidenciou o perfil socioeconômico e demográfico, caracterizou os motivos da internação, as psicopatologias prevalentes e os encaminhamentos referentes à linha de cuidado em saúde mental (TERRA et al., 2010).

Nesse período, a convivência com o ser humano nesse cenário de assistência despertou a minha sensibilidade para observar e refletir acerca dos significados da internação psiquiátrica e instigou a construção do Trabalho de Conclusão de Curso, o qual objetivou compreender os significados da internação na unidade psiquiátrica de um hospital geral para o ser em sofrimento psíquico. Este estudo mostrou que estar internado proporciona um misto de sentimentos e sensações, sendo que as compreensões do ser humano internado emergem da conduta do outro, de como os fatos ocorrem, como acontece o processo e como ele é

vivenciado. O ser humano sentia espanto na possibilidade de pensar em si. Ele se reconhecia apenas como doente mental pelo mundo, pelo olhar do outro (ELY et al., 2013).

Posteriormente, ingressei no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção e Gestão Hospitalar com ênfase em Saúde Mental (2011 - 2013) no HUSM. Nesse período, compartilhei a experiência com profissionais de saúde em cenários de cuidado em saúde mental e gestão em saúde. A produção do conhecimento possibilitou ampliar a concepção de tratamento ao ser humano com a doença mental na perspectiva de linha de cuidado em saúde mental. Sendo assim, foi apresentado como Trabalho de Conclusão da Residência "A compreensão dos sentidos do tratamento da pessoa em sofrimento psíquico" por meio de sua história de vida. O uso das histórias de vida possibilitou construir uma linha temporal que norteou as experiências biográficas dos participantes (LARA et al., 2013).

O estudo supracitado possibilitou compreender a rede de sentido do tratamento em saúde mental e sua implicação para o cotidiano do ser humano que vivencia a doença mental. A relação terapêutica entre ele e os profissionais de saúde é percebida como um misto de sentimentos permeado pela busca de suas presenças. Também, sentida como uma relação de vigia percebida na expressividade do corpo próprio dos familiares, bem como suscitada pela sociedade. A ação de vigília em psiquiatria acompanha o ser humano durante a sua vida. Sente-se um agente passivo diante de seu tratamento, porém busca compreender a doença mental, percebendo as implicações no seu cotidiano, e mostra dúvidas acerca dos tratamentos e serviços de saúde (LARA et al., 2013).

Nessa perspectiva, a saúde mental e as pesquisas oriundas dos meus questionamentos vêm acompanhando a minha trajetória existencial, instigando a desvelar outros fenômenos ainda obscuros. Então, após concluir a Residência ingressei, em março de 2013, no Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Essa vivência, aliada às minhas experiências anteriores, tem possibilitado observar a enfermagem inserida em uma equipe interdisciplinar de saúde, na perspectiva da linha de cuidado em saúde mental.

A Lei da Reforma Psiquiátrica (2001) redirecionou o modelo de tratamento em saúde mental. Prevê a mudança de modelo do cuidado centrado hospital e apenas medicamentoso para o singularizado no território desse ser humano. Almeja a mudança do paradigma biomédico para o psicossocial. Uma das estratégias foi a instituição de CAPS embasado pela filosofia da clínica ampliada que busca um cuidado integral, humanizado e efetivo, com o fim de reinserção social (AMARANTE, 2001; BRASIL, 2013). Subsidiado por uma equipe multidisciplinar, o serviço é aberto e prevê o acolhimento do ser humano. As oficinas



terapêuticas são estratégias de ressignificar a doença mental no cotidiano. Porém, essa transição não é demarcada pelo cenário do tratamento, sendo, por vezes, replicador da lógica manicomial pelos valores institucionais, crenças dos profissionais da saúde, da sociedade e do próprio paciente (MACHADO, 2006; SALLES; BARROS, 2009; AMARANTE, 2013).

O processo de transformação institucional em saúde mental é um desafio, pois é preciso realizar desconstruções de ideologias, de saberes e fazeres de paradigmas clássicos. Uma das maiores dificuldades para o avanço da Reforma Psiquiátrica está centrada no estigma social e na visão de alguns profissionais da área da saúde quando realizam uma assistência embasada na ideologia manicomial, numa “assistência regida e focada no transtorno mental, esquecendo a integridade e o contexto no qual o paciente está inserido” (TERRA et al., 2006, p. 712).

Nesse processo, a escuta sensível individual ou coletiva é uma atitude relevante do enfermeiro, capaz de promover acolhimento ao ser humano que vive a doença mental. O desafio é abranger essa escuta para um ser de vontades, acreditando em suas potencialidades de agente ativo e negociar sua terapêutica (HIRDES, 2009). A Enfermagem necessita congrega nas suas ações o cuidado ao ser humano que vivencia a doença mental, em consonância ao modelo psicossocial e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, almeja promover o cuidado singularizado e instigar o autocuidado do ser humano em ações de educação em saúde; na perspectiva de ações de integralidade, promover a saúde mental e a prática da enfermagem social (ALMEIDA et al., 2014).

Para assistir em saúde mental faz-se necessário desconstruir e reconstruir o modelo, considerando a clínica que envolve a doença, o contexto social e familiar e o próprio ser humano em seus desejos. Almeja-se instigar a autonomia pela educação em saúde tendo em vista a corresponsabilização do tratamento e de ações de promoção à saúde (SOUZA, 2006). Contudo, a internação psiquiátrica ainda é um suporte terapêutico necessário para o ser humano em determinados momentos, previsto na Lei da Reforma Psiquiátrica. A doença em si não é o fator determinante da internação, mas o quadro de gravidade que apresenta. A alteração do juízo crítico e o não controle dos impulsos podem ocasionar risco a si e/ou ao outro. A internação hospitalar é justificada no momento em que as necessidades terapêuticas ultrapassam o perfil dos serviços extra-hospitalares (FORTES, 2010).

O ser humano percebe a internação hospitalar de maneira ambígua no que se refere aos sentimentos vivenciados no hospital e às relações com o outro. Relata o hospital como local de melhora terapêutica; segregação social e desencadeador de segurança terapêutica; insegurança referente ao cuidado realizado. Percebe a si ora como objeto das relações de

poder profissional e institucional; ora como sujeito de cuidado da equipe de saúde (ELY et al., 2013). Para ele que vivencia o “processo de internação e reinternação, as demais atividades da vida cotidiana organizam-se em torno das possibilidades de tratamento, afinal, o fato de estar internado ou não, muda completamente o cotidiano desta população” (SALES; BARROS, 2007, p.76). Nesse contexto, faz-se necessário considerar, que quando ocorre a alta hospitalar há o termino da vivência, mas o ser humano mantém a memória das experiências e significações (RICOEUR, 1990).

Nesse sentido, a fenomenologia é um método de pesquisa que busca descrever o fenômeno na sua essência, solicitando do pesquisador a reflexão e não a análise pautada na causalidade dos fatos. Considera os fenômenos em determinado tempo e espaço, os quais necessitam ser mostrados para serem compreendidos, a fim de instigar o pensar reflexivo. Sendo assim, o método fenomenológico pode contribuir nas vivências do ser humano em seu cotidiano (TERRA et al., 2006). A fenomenologia de Merleau-Ponty vai ao encontro no que diz respeito à percepção como meio da existência concreta e na descrição da experiência humana na sua totalidade. O corpo é nosso mundo e habita um espaço e tempo, sendo que esse percebe um objeto e o faz existir quando o busca na sua intencionalidade. Assim, é a partir de meu corpo vivido que vou acumulando experiência e significações do mundo, criando e ampliando meu hábito, aproximando-me da compreensão do mundo que não é meu, mas que é um mundo comum a todas as experiências (MATTHEWS, 2010).

Neste estudo será utilizada a crônica “*Homem no mar*” de Rubem Braga (2005) como metáfora lírica na perspectiva metodológica. Para tanto, após me situar diante da paisagem, da relação com o mar, do meu corpo vivido que se materializa no tempo e espaço com uma intencionalidade latente, se inicia o encontro com o outro. Nesse movimento de percepção diante das alterações da paisagem, diante de mim e do outro, vivo, me liberto e me permito aventurar pelo desafio de aprender com o outro os significados de sua vivência. O poeta lírico expressa: “*de minha varanda vejo, entre árvores e telhados, o mar. Não há ninguém na praia, que resplende ao sol*” (BRAGA, 2005, p.272).

Diante do exposto, tem-se como **objeto de estudo**: a percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com a doença mental. Tem-se como **questão de pesquisa**: Como o ser humano internado em unidade psiquiátrica percebe o viver com doença mental? E como **objetivo**: desvelar a percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Liberdade pra dentro da cabeça  
Liberdade pra dentro da cabeça  
Desigualdades e a luta  
A fim de encontrar  
A liberdade e a paz  
Que a alma precisa ter  
(NATIRUTS, 2000; VAGALUME, 2015)

---

### 2.1 Ser Adulto: o corpo vivido e a corporeidade

A fase adulta significa que o ser humano é capaz de realizar as expectativas culturais e de papéis sociais na estrutura histórica da sociedade em que está inserido. Define-se como o ciclo de vida inserido entre a adolescência e a velhice, a qual cronologicamente compreende, segundo fonte do IBGE (2013) o ser humano com idade entre 15 e 59 anos.

As políticas públicas de saúde no país estão ancoradas na perspectiva cronológica do ser humano, muitas vezes, demarcada pelo modelo cartesiano de assistência em saúde, no qual o corpo do ser humano passa a ser controlado e administrado pela sociedade moderna. Fazem-se necessários dados epidemiológicos transformados em informações para o planejamento das ações em saúde para dado público alvo. Mas, além disso, é preciso instigar o senso crítico reflexivo sobre os significados das ações em saúde para o público adulto, acolhendo esse corpo que vivencia, aprende e significa o modo de viver (BRETAS; GAMBA, 2006; BRASIL, 2013).

Os serviços em saúde que demandam atendimento ao público adulto demarcam o forte paradigma do assistencialismo baseado na prática causa, efeito, conduta, em detrimento ao planejamento e ações com vistas à promoção e prevenção à saúde. Essa cultura de atendimento perdura historicamente da herança no modo capitalista, do ser humano como meio de produção, que se estendeu ao modo de produção em saúde culturalmente esperado e demandado no serviço de saúde: exames de última geração, medicamentos sofisticados e fragmentação do corpo humano pelas tantas especialidades médicas, que, por vezes, limita a assistência à parte do corpo lesada (BRETAS; GAMBA, 2006).

Observa-se um período de transição demográfica no Brasil, que reflete no envelhecimento da população e, conseqüentemente, no desenvolvimento de doenças crônicas, as quais se tornaram um problema de saúde pública e correspondem a 72% das causas de

mortes no Brasil (BRASIL, 2011a). São estimadas pela OMS cerca de 38 milhões de mortes anuais por esse grupo de doenças, com maiores taxas em países em desenvolvimento, em adultos de centros urbanos (BRASIL, 2011b).

Essas doenças representaram cerca de 67% dos óbitos notificados. Como principal causa estão as cardiovasculares, representando 29,4% de todos os óbitos declarados, seguidas por câncer (15,1%), doenças respiratórias (5,6%) e diabetes (4,6%) (BRASIL, 2011b). Sendo assim, foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 e reflete o investimento em saúde para o adulto brasileiro (BRASIL, 2011a).

Segundo dados epidemiológicos do plano supracitado, em 2004, os transtornos neuropsiquiátricos (19%) lideraram as causas de morbidade e mortalidade no país. Ressalta-se que há estatísticas subnotificadas, pois são apontados como causa de muitos acidentes automobilísticos e domésticos, os quais em termos epidemiológicos são tratados após 24 horas de internação hospitalar como causa externa (BRASIL, 2011a).

No Brasil ainda não há estudos que representem o índice de prevalência de transtornos mentais, mas há estudos que evidenciam o problema como de saúde pública. Conforme dados do ICPE da OMS, revelou-se que, dentre os países da América Latina, o Brasil lidera com o índice de prevalência de transtornos mentais em população adulta, com predominância de transtornos da ansiedade, transtornos do humor e os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Dados processados pelo DATASUS oriundos do SIH/SUS, gerido pelo MS em parcerias com as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, relevam, pelas informações em saúde em morbidade hospitalar do SUS – por local de internação –, no Rio Grande do Sul, das regiões de saúde (CIR) Verdes Campos e Entre Rios da divisão, administrativa estadual de Santa Maria, em CID 10 Transtornos mentais e comportamentais, na faixa etária de 15 a 59 anos, no período de dezembro/2013 a novembro/2014, que totalizam 634 internações (BRASIL, 2013b).

Na conformação da rede de cuidado em saúde mental há uma cobertura de 66% no país em 2010. Os dados revelam avanços na conjuntura assistencial do país, de acordo com a Reforma Psiquiátrica. Há avanços com fechamentos de leitos em hospitais psiquiátricos e constituição de uma linha de cuidado no território do ser humano; leitos em hospitais gerais e de pequeno porte; desinstitucionalização de pessoas de longo tempo em asilos; a predominância dos investimentos em saúde mental e extra-hospitalares em formação e educação permanente (BRASIL, 2011c).

Nessa conjuntura de rede de saúde na perspectiva da integralidade, faz-se necessário instigar o acolhimento do ser humano. Em termos do cotidiano em saúde o discurso do acolhimento está sendo banalizado por uma forma humana de ser gentil e afetuoso. Sim, isso é importante, pois constituímos laços entre seres humanos e necessitamos de boa educação para a harmonia social (TEIXEIRA, 2003).

Entretanto, o termo “acolhimento” é complexo e simples. Simples, pois em meios práticos em saúde estamos diante da pergunta da qual o profissional em saúde mais se distancia: Por que você procurou assistência em saúde? Sendo esse “por que” não uma forma explicativa, ou um motivo único, mas sim um leque de possibilidades de um cuidado resolutivo e de investimento em saúde na complexidade da integralidade (TEIXEIRA, 2003).

Nessa perspectiva, a Enfermagem inserida em uma equipe de saúde almeja acolher o ser humano no processo saúde/doença, substanciado no cuidado e cuidar em enfermagem. Há distinção nesses conceitos, teorizados por Madeleine Leininger (1984), onde cuidado se refere aos procedimentos específicos do núcleo de enfermagem, para ou pelo ser humano, no que tange à assistência, apoio ou facilitação para melhora da condição ou modo de vida (BRETAS; GAMBA, 2006).

O cuidar em enfermagem aborda a totalidade do processo baseado no vínculo entre os seres humanos, na educação em saúde, na reflexão crítica do processo, que desperta ações em saúde do ser humano para o autocuidado, em decisões e poder de escolha. Sendo assim, o ato de cuidar aproxima o enfermeiro do corpo do outro ser humano, sendo esse corpo o sujeito de nossa prática em saúde, onde o contato físico é demarcado por sentimentos, sensações e emoções. Logo, quando a enfermagem intenciona o cuidar, o corpo é um instrumento de modificações no mundo, pois abriga o próprio mundo do ser humano (BRETAS; GAMBA, 2006; MERLEAU-PONTY, 2011).

Nesse contexto, necessitamos compreender que corpo é esse, que desejamos cuidar em enfermagem. Para Merleau-Ponty (2011) há um corpo sensível de desejos e relações, que se expressa pela fala e linguagem, reconhecendo-se na sua singularidade no encontro com o outro. O corpo é o centro significativo do ser humano, sendo investido e materializado no mundo. Não é somente uma mente e um corpo, mas é o corpo em si, o mundo corpo. É por meio dessa corporeidade que o ser humano se concretiza no mundo e pela qual podemos investir e abordar o ser humano (MERLEAU-PONTY, 2011).

A experiência humana permeia a relação com o mundo que habita e vive. Toda experiência do ser humano é do mundo, que por sua vez confere sentido a ela. Reconhece o corpo vivido como essência do ser humano, o que o torna de existência singular em um dado

mundo, constituindo sua subjetividade e expressividade como ser no mundo inacabado (MERLEAU-PONTY, 2011).

Desde sua origem, o ser humano já compreende a totalidade, mas vai se desenvolvendo ao longo da história, comunicando-se com o mundo, com o corpo próprio e com o outro. O corpo vivido traz seus sentidos, experiências e interioridades, enraizado pela sua essência de ser no mundo e com as relações que tece com o outro em dado momento circunstancial.

Percebe o outro e a si, pela sua experiência sensível, vem à consciência o pensamento. Há a construção de significados atribuídos às experiências pela sua percepção de mundo e de como atribui o seu relacionamento com as coisas. Na medida em que o ser humano vai se relacionando com o mundo, vai constituindo espaços próprios e se apropriando de novos significados de vida. Cada ser humano tem o seu tempo, que fenomenologicamente não é cronológico. (MERLEAU-PONTY, 2011).

Sendo assim, permeada pela minha essência e experiência como ser humano, quanto mais me relaciono com o mundo em um emaranhado de coisas, que não existem por si sós, mas por diversos olhares e o modo de apreender o objeto, mais compreendo os meus significados em um dado mundo, no qual intenciono e desejo significar. Dilatando o meu corpo no mundo, vivo, apreendo e significo minhas ações no mundo (MERLEAU-PONTY, 2011).

O corpo vivido não é um corpo baseado na prática da medicina cartesiana, nem somente subjetivo e cognitivo. É o meu corpo, expresso pela minha singularidade de existência, movido pelos meus pensamentos e ações no mundo, sendo o sujeito da minha experiência. Esse corpo se reconhece na relação com o outro, é ambíguo e permeado pelas redes intencionais que envolvem os sentidos (falar, tocar, sentir, olhar, aspirar) (MERLEAU-PONTY, 2011).

A linguagem é caracterizada como gestualidade e expressão corporal, pela qual me relaciono com o outro, aprendo e me modifico nesse encontro. O gesto é a expressão original da linguagem, uma vez que engloba fala, corpo, percepção e expressão (MERLEAU-PONTY, 2002).

A noção de corporeidade pressupõe o corpo (carne) como meio sensível de apreender o significado, e é o local da experiência com o mundo e o outro. Essa experiência subjetiva encarnada traz a compreensão da consciência das várias significações do ser no mundo. O corpo vivido compreende a existência do ser humano encarnada no mundo (MATTHEWS, 2010).

Sendo assim, é o corpo como o experimentamos que intenciona a direção no mundo com os objetos, por meio dos sentimentos e pensamentos, de tal modo que essa relação me implica a perceber a existência de um mundo para mim. Essa relação entre corporeidade e ser no mundo constitui a percepção da existência no mundo e me permite significá-lo (MATTHEWS, 2010). Logo, o ser adulto brasileiro no processo saúde/doença necessita se perceber como corpo no mundo para significá-lo, e, no encontro com o outro, descrever sua percepção como ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com a doença mental.

## **2.2 A loucura no processo saúde/doença: da lógica manicomial às linhas de cuidado em saúde mental**

O processo saúde/doença envolve aspectos socioeconômicos e culturais do ser humano inserido em uma determinada sociedade, contexto histórico e político. Há duas vertentes, não necessariamente excludentes, acerca do processo que envolve o ser humano, morbidades, promoção à saúde social e a implicabilidade das áreas biológicas e humanas na prática da medicina centrada na doença e/ou no ser humano (FIGUEIRÊDO, 2013).

Conforme a Constituição Federal de 1988, art. 196, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). A conceituação de doença perpassa por um conjunto de sinais, sintomas físicos e psíquicos de falha ou ordem do organismo humano, o qual pode ser classificado pela clínica médica (FIGUEIRÊDO, 2013).

A conceituação de saúde mental é polissêmica e complexa, porém é descrita em modelo único na perspectiva da doença; é um estado sadio, de sanidade e bem-estar mental, em que não há possibilidade de existir nenhuma desordem em termos da *normalidade* (AMARANTE, 2003). Já as concepções da loucura perpassam historicamente pelo pensamento ocidental da civilização grega desde os filósofos Homero, Sócrates, Platão, entre outros, que influenciam fortemente a construção das concepções atuais (século XXI) do fenômeno da loucura. Foram expressas pela arte em imagens fantasmagóricas e enigmáticas, em metáforas, narrativas e poéticas, que despertavam a curiosidade do homem sobre o outro homem e sua loucura. A dicotomia dos conceitos acerca da loucura se estendeu pelos acontecimentos históricos da Renascença (período que demarcou o fim da Idade Média e o início da Era Moderna). A loucura perpassou pelo poder demarcado entre as forças Divinas e

a racionalidade do pensamento médico; entre o Clero e o Estado (CAMPOS, 2013).

O marco conceitual para a compreensão do fenômeno da loucura é a obra intitulada “História da loucura” de Michel Foucault, publicada em 1961. Historicamente, a clausura se destinava a todos aqueles que eram condenados à improdutividade e perturbassem a ordem social (FOUCAULT, 2004). Os séculos XVI e XVII foram demarcados pelos métodos disciplinares de controle e correção das ações do ser humano pelo Estado. Exercia vigilância constante, o controle sobre o outro homem, dos corpos e atos em poderes institucionais como em escolas e poder policial (FERREIRA; PADILHA; STAROSKY, 2012).

A partir do século XVII, na experiência clássica da sociedade europeia, ocorre a ligação entre a loucura e a internação em caráter asilar. Não havia uma ideologia médica de intervenção ou tratamento para as denominadas *doenças dos nervos*. O louco era excluído da sociedade e enclausurado conjuntamente com prostitutas, criminosos, sem distinção alguma das características dessa população (FOUCAULT, 2004).

Em meados do século XVIII a atuação do Estado de Polícia entra em choque com o modelo de liberalismo econômico. A justiça não podia efetuar o controle e a exclusão do louco. Nesse mesmo período, a racionalidade do pensamento médico transpôs o fantasmagórico mundo da loucura instaurando a psiquiatria como disciplina (FERREIRA; PADILHA; STAROSKY, 2012).

Destaca-se o médico Pinel, que buscou pela sintomatologia clínica, explicar e classificar a loucura como uma patologia, propondo, a partir do século XVIII, locais específicos para o estudo das doenças mentais. No entanto, não havia uma estrutura física ou recursos humanos para uma intervenção digna à saúde. Instaurou-se a tutela da clínica médica sobre a loucura, a qual objetiva consertar as virtualidades do homem na instituição hospitalar. Logo, a instituição psiquiátrica surge não para excluir o ser humano, mas para conectá-los a um aparelho de correção para a normalização do homem social (FOUCAULT, 2005).

No Brasil, a loucura esteve intrinsecamente relacionada à criação dos manicômios. Passou a ser foco do pensamento social brasileiro, a partir da chegada da família imperial no período colonial, no século XIX, com a criação do ensino médico no país e a ordem de higienização da loucura de rua. Anteriormente, os alienados, maltrapilhos e loucos perambulavam pelas ruas, presos em cadeias públicas, retiros religiosos, ou escondidos em porões da classe burguesa, replicando a conduta da Era Medieval. Nessa época, o retiro do país se caracterizava por uma estrutura de cunho religioso voltada ao ser humano com lepra (hanseníase) (SANTOS, 2013).

Tendo em vista a superlotação de loucos, que assombravam a sociedade do período



colonial brasileiro, foi inaugurado na capital do país o Hospício Pedro II em 1852, no Rio de Janeiro. A lógica manicomial se instaura pelo país, com a criação de manicômios públicos e desenfreadamente os com fins lucrativos e a indústria farmacêutica, sendo esse período denominado como a *indústria da loucura* (FURLAN; RIBEIRO, 2011).

O poder médico, do Estado e do clero se confrontou por questões de controle lucrativo frente ao social. Os hospitais foram retirados da administração das irmãs religiosas, o que ocasionou a necessidade da criação de recursos humanos. Nesse cenário, foi criada a primeira Escola de Enfermagem do País, Alfredo Pinto, em 1890, por Marechal Deodoro da Fonseca chefe do Governo Provisório da República (VIDAL; AMORIM, 2008). Em termos de Legislação Brasileira o primeiro documento que faz menção ao ser humano com o diagnóstico de doença mental foi o Decreto 24.559/34, após a Constituição Federal de 1934, que discorre sobre a proteção e assistência individual, considerando louco todo aquele suspeito de ser incapaz de realizar os atos de vida civil (GUIMARÃES et al., 2010).

O espaço de internamento e o saber médico possibilitaram o nascimento da psiquiatria positivista e do modelo asilar do século XIX, o qual foi demarcado pela medicalização como prática terapêutica. Essa prática enraizada pelo modelo cartesiano conforma um cuidado fragmentado e reduzido a síndromes e diagnósticos pela psiquiatria moral (AMARANTE, 2001).

Após a Segunda Guerra Mundial (1945), a sociedade passou a instigar questionamentos a respeito da psiquiatria e do modelo manicomial. Esse período é denominado como de *Reformas Psiquiátricas*. As propostas permeavam a remodelagem institucional (França e Inglaterra), o território do sujeito como centralizador do tratamento e o asilar na forma complementar (França e Estados Unidos), questionamentos de cunho ideológico e político com a ruptura do modelo asilar (Antipsiquiatria na Inglaterra e Psiquiatria Democrática na Itália). A Psiquiatria Democrática Italiana privilegiava a desinstitucionalização e o tratamento psicossocial, influenciando fortemente as concepções do modelo brasileiro (LUCENA; BEZERRA, 2012).

No Brasil os movimentos sociais no país propuseram a democratização para transformar políticas e instituições com práticas desumanas. O movimento da Reforma Sanitarista (1960 - 80), a promulgação da Constituição Federal (1988) e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (1990) perpassam pela discussão complexa do processo saúde/doença do ser humano e sociedade. A doença não ocorre apenas na concepção naturalista da causa-efeito organicista, mas também, é influenciada por um meio ambiente específico, imposto socialmente, ou por hábitos e escolhas do próprio sujeito. Sendo assim,

ocorre a corresponsabilização entre Estado e ser humano acerca do processo saúde/doença, conforme a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990; FIGUEIRÊDO, 2013).

No bojo dessas discussões sociais associadas à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao idealismo da Declaração de Caracas (1990), o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, conjuntamente com usuários, familiares e associações não governamentais lideraram o movimento de luta antimanicomial, sendo a Reforma Psiquiátrica do Rio Grande do Sul um dos precursores nesse processo, o que culminou na promulgação da lei estadual 9.716/92. Em nível nacional, a Reforma Psiquiátrica pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, redireciona o modelo assistencial em saúde mental e dispõe sobre os direitos do ser humano que apresenta o diagnóstico de doença mental. Almeja transpor o modelo biomédico para o cuidado biopsicossocial, tendo em vista as ressignificações do processo saúde/doença (PITTA, 2011).

Em termos epidemiológicos evidencia-se que, no Brasil, cerca de 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental; 2,3% do orçamento anual do SUS são destinados para a Saúde Mental. São disponibilizados 208 hospitais psiquiátricos e 35.426 leitos/SUS e o parâmetro de um CAPS para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2013).

A política de humanização, por meio da Rede Humaniza SUS (2003), propõe efetivar os princípios e diretrizes do SUS através da ressignificação do processo saúde/doença “como produto e produtor de uma complexa rede, uma produção social composta de múltiplos fatores” (BRASIL, 2004, p.6). A Portaria GM/MS nº 399/2006 – Pacto pela Saúde – discorre sobre a saúde mental como prioridade de investimento em saúde no país (BRASIL, 2006). Foram criados serviços para o tratamento no território do sujeito, como o CAPS, RT, HD, e a busca da sensibilização da atenção básica (MARI, 2011).

Nesse contexto, a Portaria nº 4.279/2010 – diretrizes para a organização da Rede de Atenção – discorre sobre a Rede de Saúde e Linha de Cuidado (BRASIL, 2010). Além disso, o Decreto 7.508/2011 – que regulamenta a Lei nº 8.080 – organiza o Mapa de Saúde do território, sendo os dispositivos em saúde a estratégia de efetivar o cuidado pautado na Política de Humanização (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

Para o cuidado em saúde mental pautado na política de humanização, a Rede Humaniza SUS norteia os dispositivos de uma linha de cuidado como a clínica ampliada, o apoio matricial, a intersetorialidade, PTS, apoio matricial, intersetorialidade, educação em saúde e educação permanente. Essas estratégias em saúde mental possibilitariam, por meio de um processo técnico, a reintegração do sujeito ao seu contexto social (PINTO; FERREIRA,

2010). Faz-se necessário investir na produção de redes quentes do cuidado, onde o serviço de saúde constitui um nó dessa teia, e intencione acolher o ser humano na perspectiva do cuidado integral (BRASIL, 2009).

Para tanto, a educação permanente é um dos pilares no planejamento das ações em saúde mental. São realizados, por exemplo, grupos de trabalho para a implementação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais (Portaria nº 1.899 – BRASIL, 2008), e almeja-se a sensibilização de gestores frente à administração de recursos financeiros e sua aplicabilidade. O desafio da assistência em saúde mental permeia o planejamento de ações pautado na linha de cuidado, a corresponsabilização pelo tratamento entre ser humano que vive a doença mental e o profissional da saúde, da assistência e promoção à saúde mental na atenção básica, e a superação da cultura frente ao estigma e preconceito social ao ser humano que vivencia e experiencia a doença mental nos diversos cenários sociais (MARINHO et al., 2011; LOBOSQUE, 2011).

A rede de saúde se configura como o conjunto de ações e serviços de saúde de diversos níveis de densidade tecnológica e de origem heterogênea que se articulam a fim de propor atenção integral à saúde. É composta por diferentes linhas de cuidado e engloba serviços de planejamento e operacionalização das ações no SUS, como a vigilância em saúde, epidemiológica e pesquisa em saúde (TEIXEIRA, 2003; BRASIL, 2009).

A linha de cuidado consiste na transferência do cuidado entre serviços específicos de saúde. É o processo dinâmico onde o fluxo de assistência ao usuário é centrado em seu campo de necessidades e gerenciado pelo acolhimento da equipe de referência. Na perspectiva do apoio matricial, de ações intersetoriais e promotoras de saúde almejam promover uma rede de conversações na rede de saúde para a produção do cuidado pautado na relação terapêutica entre profissionais de saúde e o sujeito no contexto social (MALTA; MERHY, 2010).

A linha de cuidado em saúde mental prevê que cada nó da trama represente uma micro-organização, uma unidade sanitária. A transferência de cuidado do paciente entre a equipe de referência e os apoiadores matriciais é uma estratégia de cuidado integral. Nessa conformação, almeja-se tecer redes de comunicação dentro dos serviços de saúde, entre eles e a realização de ações integradas com outras instâncias sociais, o que configura ações intersetoriais. Logo, por meio de ações de planejamento em saúde prover serviços interconectados, intervenções clínicas e promover saúde (WETZEL; KANTORSKI, 2004, LARA et al., 2013).

A rede de saúde do Estado do Rio Grande do Sul denomina-se Rede Chimarrão e a linha de cuidado em saúde mental é o Cuidado que Eu Preciso. Essa linha é composta por 167

Centros de Atenção Psicossocial; 90 municípios com NAAB - Saúde Mental; 1295 leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais – Incentivos financeiros para leitos em Hospitais Gerais; 810 leitos em Hospitais Psiquiátricos; 189 Oficinas Terapêuticas (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

A linha de cuidado em saúde mental do Município de Santa Maria é composta por quatro CAPS (CAPS II ad "Caminhos do Sol", CAPS II ad "Companhia do Recomeço", CAPS II "Prado Veppo", CAPSi II "O Equilibrista"), um Ambulatório Municipal de Saúde Mental e a Internação Hospitalar (Unidade Paulo Guedes, Casa de Saúde, São Francisco). Os serviços terciários de Santa Maria são referência para a internação psiquiátrica para 32 municípios da 4ª CRS, das regiões de saúde Verdes Campos e Entre Rios, de acordo com a contratualização municipal e regulação de leitos psiquiátricos. Busca-se a aproximação com a Estratégia da Saúde da Família e ações intersetoriais com outros programas do Ministério da Saúde (DST/HIV), com a assistência social do município, com a judicialização da saúde, e podem-se citar como promotoras de saúde mental ações desenvolvidas na academia de saúde que estão dispostas pelo município (SANTA MARIA, 2013).

Portanto, há fragilidade e descontinuidade da transferência do cuidado na rede de saúde do referido município. A implantação da Residência Multiprofissional como disparador para a formação de profissionais engajados nas políticas públicas de saúde, no propósito da educação permanente e na sensibilização de gestores em saúde para a corresponsabilização na aplicabilidade dos programas do Ministério da Saúde, no referido município, é uma estratégia e um grande desafio (ROSA, 2011).

### **2.3 Produção do conhecimento acerca da doença mental: implicações no cotidiano de quem a vivencia e experiencia**

A revisão narrativa da literatura na BVS-BIREME foi realizada no portal SciELO e nas bases de dados da LILACS, BDENF, na PUBMED, no Portal da CAPES. Como pergunta de pesquisa: O que se tem produzido na literatura científica brasileira na temática da doença mental, no que se refere à sua concepção no cotidiano de quem a vivencia e experiencia? E como objetivo: analisar a produção científica brasileira na temática da doença mental, no que se refere à sua concepção no cotidiano de quem a vivencia e experiencia.

A revisão narrativa resultou em 13 produções que apontaram as concepções da doença mental pelos familiares, pacientes que vivenciam a doença mental e pelos profissionais da saúde que a experienciavam. Evidencia-se que os participantes dos estudos buscaram explicar

a doença mental pela sua causalidade e consequências frente à sua vida, o que engloba o cotidiano, o enfrentamento familiar e social e as formas de tratamento em psiquiatria.

Os estudos mostram a necessidade de explicar a doença mental por meio da concepção do que levou o ser humano a tornar-se um doente mental. É expressa em um acontecimento (o fato) que desencadeou a crise do paciente, abalou negativamente a estrutura familiar e determinou a história de vida do ser humano que vivencia e experiencia a doença mental (FUREGATO; SILVA, 2006). Nesse sentido, o ser humano não é, mas se torna um doente mental a partir daquele acontecimento, dos sintomas da doença que apresenta. Esses sintomas necessitam de uma classificação e explicação científica em detrimento do significado atribuído à sua vivência e perspectiva de vida. Sendo assim, há o desconhecimento do sujeito acerca de si (ASSAD; PEDRÃO, 2011).

A etiologia da doença mental possui duas percepções distintas. A primeira expõe a organicidade como causalidade interligando efeitos do cérebro, nervos; a segunda, de cunho psicossocial, onde o ser humano se manifesta como produto do meio. Ele vivencia cotidianamente as consequências dessa patologia e busca, por meio da negociação entre seus desejos e cuidados de uma doença crônica, a organização de vida, nas relações interpessoais e consigo (NETO; ALVES, 2012).

A doença mental ocasiona dificuldades no cotidiano daquele que a vivencia e a experiencia, pelas manifestações clínicas e pelo estigma e preconceito social (NAGAOKA, 2009). A concepção de profissionais da saúde e do ser humano que vive a doença mental permeia a condição de desrazão, desequilíbrio. Aquela em constante sofrimento, onde o ser humano se encontra debilitado e dependente do cuidado, numa visão de modelo biomédico e manicomial (MACHADO, 2009).

Após os episódios de crise, a família reconhece pelos sinais e sintomas a doença mental, e busca explicá-la e justificá-la socialmente como o motivo do comportamento daquele sujeito diferente (MIRANDA et al., 2012). Porém, os familiares não explicam, não associam, não compreendem o que de fato é a doença mental em meio aos comportamentos diferentes. Sendo esses demarcados por aspectos negativos e comportamentos bizarros a agressivos, que causam desconforto e estranheza. Reconhece-se o ser humano que vivencia a doença mental como um ser infantil, que necessita de cuidados e vigília, condicionando seu comportamento à dependência familiar e social, a sentimentos de vítima e inferioridade (MACIEL et al., 2008).

A família reconhece a sobrecarga frente ao cuidado do ser humano que vive a doença mental, mas elabora estratégias de enfrentamento no cotidiano. Há frustração quanto à não

aceitação do paciente no mercado de trabalho (NAGAOKA, 2009). Por se tratar de uma doença crônica, a doença mental ocasiona, por vezes, dificuldade para desempenhar seu papel social e a suspensão das suas obrigações como cidadão (NETO; ALVES, 2012).

Para o ser humano que vive a doença mental há essa demarcação cronológica, como se existissem o tempo saúde e o tempo doença (SALLES; BARROS, 2009). Evidencia a sintomatologia delirante ao uso de medicamentos, concretiza a doença mental na internação psiquiátrica e na concepção do inútil social, que não possui responsabilidade e capacidade produtiva para o trabalho (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004). Refere o adoecimento como o rompimento da rotina e trajetória da sua vida, o que inclui seus planos, trabalho, relações interpessoais e a perda da percepção de sentido diante de suas vivências e experiências de vida (FERREIRA; PEREIRA, 2013).

Ele carece de informações sobre a patologia. Não sabe informar o diagnóstico e a sua concepção acerca da condição de doente mental se fundamenta no estigma social e discurso manicomial (LIRA, 2012). A compreensão da doença mental é fundamental, pois o tratamento é entendido como necessário e essencial para a qualidade de vida na perspectiva de ser singular e não se limitar à sua condição clínica. Portanto, a sua aceitação e compreensão da doença se referem a escolhas informadas e planejadas, no que tange à corresponsabilidade pelo tratamento e hábitos de vida (NETO; ALVES, 2012).

Os profissionais de saúde compreendem a importância do familiar no tratamento em psiquiatria, porém ressaltam que a doença mental pode ter sua causalidade motivada por essa família e a responsabiliza diante da internação psiquiátrica. Já a família não atribuiu a si o quadro de piora; e prende-se ao discurso sobre a doença mental. Busca meios adaptativos próprios para o seu enfrentamento no cotidiano, porém, focaliza suas ações em torno do mundo patológico (MIRANDA et al., 2012).

O ser humano que vive a doença mental possui o espaço de identidade a partir da concepção do outro, na sua condição de doente, não recuperação e frustração social (NUNES; TORRENTÉ, 2009). Nessa perspectiva, o paciente tem a concepção do poder do diagnóstico, do estigma social que o rotula *um louco* e o mantém refém diante da normalidade e de seus próprios preconceitos (SALLES; BARROS, 2007). Tem dificuldades na convivência com a família e sociedade, sendo marcada a relação interpessoal pelo preconceito e conflitos. Os profissionais da saúde e os familiares negam sentir preconceito ou indiferença em relação à doença, todavia, enfatizam que esse existe e é movido pela sociedade (MACIEL et al., 2008).

Emerge a necessidade da produção de uma cultura que inclua as manifestações e comportamentos do ser humano que vive a doença mental. A compreensão de uma doença

crônica que necessita de técnica científica para seu tratamento e a valorização da produção de vida e cidadania (SILVA et al., 2012).

Busca realizar atividades úteis em seu cotidiano que possibilitem o contato social e a credibilidade da estabilidade dos sintomas da doença mental. Eles percebem a si e são reconhecidos socialmente por serem responsáveis e independentes quando realizam atividades, por exemplo, de limpeza. Eles almejam ter prazer em atividades como a prática de esportes, ler jornal e olhar televisão, porém essas não são valorizadas como algo útil, e nem como quadro de estabilidade. São geralmente atividades solitárias (MORAES; MENEGHEL, 2009). Também, desejam usufruir de uma vida com a participação de atividades socialmente aceitas, como formar uma família, trabalhar, sair com amigos e não necessitar da internação psiquiátrica como forma de tratamento. Além disso, eles pretendem conhecer seu esquema medicamentoso e falar a respeito da vivência com a doença mental (FUREGATO; SILVA, 2006).

Observa-se que o fato de cuidar do ambiente onde está inserido é um fator aceito socialmente como quadro de estabilidade da doença mental. Possibilita o compartilhamento de atividades domésticas com a família e simboliza as atividades de lazer como promotoras de saúde e inclusão social (FERREIRA; PEREIRA, 2013).

As famílias compreendem a medicação como capaz de atenuar e controlar comportamentos, mas de ineficácia diante da doença mental (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004). A família tem expectativa do quadro de melhora, com o sanar dos sintomas clínicos, a melhora orgânica e, assim, o melhor relacionamento interpessoal e convivência social, crendo também na cura da doença (MACHINESKI; SCHNEIDER; CAMATTA, 2013).

Em se tratando do tratamento para a doença mental, o hospital é o lugar de contensão da fúria do ser humano, que o protege de si, da família e da sociedade. Além disso, o hospital é especificado como o melhor tratamento dependendo do quadro sintomático; é reconhecido por uso excessivo de medicações, contenções mecânicas, tempo ocioso, privação da liberdade e perda da autonomia do ser humano (SALLES; BARROS, 2007).

A concepção da sociedade referente à doença mental, o desconhecimento acerca do objetivo e da operacionalização da Reforma Psiquiátrica, da existência dos serviços substitutivos (CAPS, HD, RST, leitos em hospitais gerais) e a oferta de tratamento desses pautados na lei dificultam o acesso ao tratamento e a lógica manicomial perpetua independente do cenário de assistência e meio social (MACIEL et al., 2008). Portanto, a Reforma Psiquiátrica redireciona o tratamento em saúde mental do asilar para a produção de saúde no território do ser humano, inserindo seu contexto familiar e social. Sendo assim, o

Ministério da Saúde propõe estratégias e dispositivos na linha de cuidado em saúde mental, como o PTS, a intersetorialidade, o apoio matricial, a educação em saúde e a educação permanente como alicerces no tratamento em saúde mental (MARTIN et al., 2012).

A produção da revisão narrativa permitiu conhecer as concepções da doença mental pelos familiares, o ser humano que vivencia a doença mental e pelos profissionais da saúde. Evidenciou-se que os participantes dos estudos buscavam explicar a doença mental pela sua causalidade e consequências frente à sua vida, o que engloba o cotidiano, o enfrentamento familiar e social e as formas de tratamento em psiquiatria. Logo, torna-se um desafio propor a descrição da percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental na perspectiva da fenomenologia.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO: A FENOMENOLOGIA DE MAURICE MERLEAU-PONTY

Nada do que foi será. De novo do jeito que já foi um dia. Tudo passa. Tudo sempre passará. A vida vem em ondas. Como um mar. Num indo e vindo infinito. Tudo que se vê não é Igual ao que a gente. Viu há um segundo. Tudo muda o tempo todo. No mundo. (SANTOS; MOTTO, 1983; VAGALUME, 2015)

---

Neste capítulo apresento a contextualização geral da fenomenologia; a opção é o aprofundamento de alguns conceitos da fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty

#### 3.1 Da fenomenologia de Edmund Husserl à filosofia da percepção de Merleau-Ponty

A fenomenologia busca compreender o fenômeno interrogado. O pesquisador não parte de um problema, mas orienta sua pesquisa por uma interrogação acerca de um fenômeno que necessita ser situado e estar sendo vivenciado pelo ser humano, como decorrência do mundo vida. Assim, na fenomenologia, o pesquisador busca tornar explícita a constituição dos acontecimentos da vida cotidiana. Portanto, ele se propõe a aprimorar seus conhecimentos e aprender com quem vive ou já vivenciou a experiência em estudo (MERLEAU-PONTY, 2011). Nesse sentido, utilizo a crônica de Rubem Braga (2005) – *Homem no mar* – como metáfora do fenômeno interrogado no mundo vida.

A história da fenomenologia permeia a crise do pensamento científico, em meio às explicações naturalistas do modelo positivista e aos preceitos da metafísica e está ligada a três nomes específicos, Franz Brentano, Karl Stumpf e Edmund Husserl, no final do século XIX. *A atitude fenomenológica* é um dos princípios do movimento, que uniu tantos pesquisadores, no qual se busca quais as concepções da realidade que são manifestadas e não podem ser negadas. Contudo, o movimento fenomenológico torna-se verdadeiramente o método investigativo por meio de Edmund Husserl (1859-1938), que almejava transpor a dicotomia entre objetivismo e subjetivismo, sujeito e objeto, mente e corpo (MERLEAU-PONTY, 2011; EWALD, 2008).

Husserl tem heranças culturais judaicas, nascido em uma pequena localidade da Morávia (região da atual República Checa). Formou-se em nível de graduação em matemática

e doutorado em livre docência. Sua formação científica substanciou a argumentação sobre o pensamento em relação ao mundo. Por fundamentação crítica sustenta que as relações naturais não poderiam por si sós responder às questões existenciais do ser no mundo, nem tampouco como fator de explicação para a consciência e o fenômeno. A publicação da obra *Investigações Lógicas* (1900/1901), de Husserl, representa o marco teórico da reflexão fenomenológica no século XX. O fenômeno é definido pela interação da consciência com o mundo que o ser humano vivencia; revela o movimento de intencionalidade intuitiva da consciência, que, por sua vez, necessita da existência do ser no mundo (MERLEAU-PONTY, 2011; GUIMARÃES, 2013).

O movimento fenomenológico dimensiona-se por meio de Círculos de Munique (1904) com a participação de pesquisadores e alunos de Husserl da Universidade de Halle (1881- 1901), e posteriormente sendo promovido a professor extraordinário em Gottingen (1901-1916). Em 1905 o prestígio de Husserl atrai pesquisadores de todos os lugares do mundo, formando o Círculo de Gottingen, o qual se caracteriza como o mais crítico de todas as eras do movimento fenomenológico (EWALD, 2008).

Nesse movimento fenomenológico, temos os discípulos de Husserl, como Martin Heidegger, que se refere ao existencialismo do ser; Merleau-Ponty, que pressupõe a releitura ao movimento fenomenológico e a negação ao idealismo da filosofia; e, posteriormente, Paul Ricoeur, que faz a aproximação ao movimento em 1928 e se utilizou da corrente husserliana em Louvain para seus estudos críticos, sendo o marco de sua obra a hermenêutica, enfatizando o sentido autêntico da linguagem, na autonomia semântica do texto (CASTRO; GOMES, 2011).

Sendo assim, a fenomenologia é um método que busca a crítica do conhecimento universal das essências, aquele transcendental, o puro. Almeja o retorno do ser em sua consciência, para que ela supere aquilo que vivera como algo natural. Propõe a investigação sobre como a consciência constitui os objetos e é constituída por eles, em uma relação dialética, que promovera a construção da ciência da essência do conhecimento (GALEFFI, 2000, MERLEAU-PONTY, 2011).

Husserl compreende que não há o sujeito puro e desvinculado de um objeto, como pressupõe o positivismo, mas singulariza a experiência do sujeito no mundo vivido tal como ele é. Considera a existência de valores e finalidades latentes do fenômeno, que necessitam ser compreendidos e interpretados, de acordo com a intencionalidade. Nessa perspectiva, promove o retorno ao fenômeno pelo que aparece na consciência num movimento de suspensão de valores (redução fenomenológica), que pressupõe o mundo entre parênteses para

mostrar a essência do fenômeno, que seria para o precursor do movimento fenomenológico a *volta às coisas mesmas* (SILVA; SILVA, 2013).

Propõe uma eidética da linguagem na qual partilharia de um modelo comum a partir do qual seriam construídas linguagens particulares; toma por pressuposto a existência de uma essência da linguagem do cotidiano como uma particularidade, em um sistema de signos ligados à sua significação por relações unívocas, as quais poderiam ser explicitadas de maneira total. Com isso, a significação é dada por uma relação de correspondência com os objetos, assinalando sem equívocos os acontecimentos do mundo. Nesse sentido, a linguagem seguida por esse filósofo é concebida como cálculo (algoritmo) em que cada termo é conhecido como exatidão, havendo correspondência direta com as ideias. Buscava uma linguagem rigorosa para controlar todas as suas operações e que derivassem um único sistema de relações possíveis (MERLEAU-PONTY, 2002).

Husserl elaborou a fenomenologia em seu cunho descritivo, enfatizando o significado da experiência humana pautado no método da redução fenomenológica. Essa pressupõe três momentos: a redução psicológica (colocar-se entre parênteses), a eidética (descrever a essência do fenômeno) e a transcendental (a essência é desvelada na ordem da subjetividade do *eu penso*) (GUIMARÃES, 2013).

Esses momentos são sucessivos de compreensão e interpretação do mundo por meio da hermenêutica à qual se dedicou Martin Heidegger (discípulo de Husserl), questionando a supressão do mundo para depois reencontrá-lo; não há possibilidade de desvelar a essência do fenômeno ao se colocar entre parênteses, pois esse movimento o impossibilitaria de experimentar algo. Heidegger vislumbrava o mundo vida, sem negar o mundo teórico (áreas do conhecimento); referia que estamos faticamente situados, e isso significa que somos no mundo. O acesso ao mundo vida não pode ser teoricamente, mas permite sua interpretação (SEIBT, 2012).

Na corrente fenomenológica surge o filósofo francês Maurice Merleau-Ponty (1908 - 1961), líder do movimento fenomenológico em seu país e que foi influenciado fortemente pelas concepções de Husserl, porém buscou descartar qualquer idealismo em sua fenomenologia. Critica as concepções que descrevem relações exteriores entre fala e pensamento e o modo como Husserl concebe na fenomenologia a linguagem em sua obra *Investigações Lógicas* (CASTRO; GOMES, 2011).

Merleau-Ponty se aproximou da fenomenologia pela caracterização da teoria como inacabada, por um eterno recomeçar diante de si em uma interrogação contínua. Faz inovação na história da filosofia ocidental considerando a percepção e corpo, torna-o um corpo

fenomênico (CAMPOS; ALVES, 2013). O filósofo auxilia a compreender o enlaçamento entre corpo e existência, sem que se separe a aparência do ser, o expresso não existe separado da expressão. Para ele a linguagem é percebida como gesto sensível, extensão da intencionalidade corporal, concebendo linguagem e pensamento numa relação de coexistência e não de exterioridade (MERLEAU-PONTY, 2011).

Nessa perspectiva, este estudo tem como desvelar a percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental. Esse fenômeno foi expresso pelo ser humano internado na UPG do HUSM, da maneira tal como o percebe, pois o seu engajamento existencial no mundo acontece por meio do corpo como linguagem e expressividade da experiência, como gestualidade, elo entre o sensível e inteligível, a palavra possui um sentido aderente à fala enraizado na própria existência. Na expressão, a experiência do sujeito falante (o ser humano internado em unidade psiquiátrica) une-se às minhas experiências anteriores e, também, à de outros sujeitos falantes, recuperando no presente um passado e um futuro que está por vir (MERLEAU-PONTY, 2011).

### **3.1.1 A fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty**

O filósofo Maurice Merleau-Ponty nasceu em 14 de março de 1908 na cidade francesa de Rochefort-Sur-Mer, onde passou a infância com seus dois irmãos e sua mãe. Seu pai morreu na 1ª Guerra Mundial. Estudou filosofia, de 1926 a 1930, e prestou um ano de serviço militar. Em 1930 foi colaborador de uma revista de filosofia (*Espírito*) e iniciou sua carreira de professor de filosofia em diversas instituições de ensino. Fez parte da *geração dos descontentes*, conjuntamente com Emmanuel Kant, que propuseram uma filosofia pautada na reflexão da realidade vivenciada pela sociedade em meio à 2ª Guerra Mundial (CARMO, 2004).

Em 1945 participa do lançamento da *Revista Tempos Modernos*, na qual foi editor político até 1952. O pensamento marxista e a simpatia pelo comunismo impulsionaram seus artigos, que foram reunidos no livro *Humanismo e Terror*. Contudo, afasta-se do movimento comunista ao se deparar com os acontecimentos políticos da até então União Soviética (Rússia), realizando crítica ao movimento na obra intitulada *As aventuras da dialética*. Em 1949 leciona na Universidade Sorbonne na disciplina de psicologia. Ao assumir a disciplina de filosofia na Collège de France em 1952, com a aula inaugural intitulada por *Elogio a Filosofia*, aproxima-se da temática da linguagem. Merleau-Ponty faleceu em 3 de maio de

1961, deixando a obra *O visível e o invisível* inacabada, sendo publicada postumamente. Em 1955 foi lançada outra obra inédita *A natureza*. Posteriormente, foram publicadas mais três obras do pensamento do autor, tendo por base as anotações realizadas por seus alunos (CARMO, 2004).

A filosofia nos proporciona o pensamento reflexivo no cotidiano profissional e como ser humano, quando possibilita *o eu aberto* para conhecer o outro e o mundo, num incessante processo do aprender a aprender. O objeto de estudo na perspectiva fenomenológica advém de inquietações da vivência intuitiva do pesquisador, que busca compreender o fenômeno com o outro que o experienciou (MERLEAU-PONTY, 2011; TERRA et al., 2009).

A fenomenologia "é o estudo das essências, mas é também uma filosofia que substitui as essências na existência e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra forma senão a partir de sua facticidade" (MERLEAU-PONTY, 2011, p.1). No entanto, a busca das essências não se realiza por meio de um distanciamento neutro, nem de um possível sobrevoo ao real, visto que não há possibilidade para um sensível puro. Ela acontece no contato direto com o vivido, sendo que o ato perceptivo emerge de uma relação de encontro e imbricamento do sujeito e do objeto (MERLEAU-PONTY, 2011).

Para Merleau-Ponty, as experiências de cada ser humano são singulares e se manifestam pela linguagem (verbal e não verbal) nas relações com o mundo e na interação com o outro na fala falada do diálogo rotineiro e na fala falante (TERRA et al., 2009). Essa relação é permeada pelo corpo do outro e o meu. Assim, o corpo expressa-se de acordo com a percepção do mundo, pois é nosso modo próprio de ser-no-mundo emergindo os significados da intencionalidade (MERLEAU-PONTY, 2011).

O mundo é o lugar da experiência, anterior ao mundo objetivo. Também, é um conjunto de horizontes sempre abertos que buscamos conhecer e nos mostra um conjunto de sentidos inacabados, pois existe sempre um conjunto de perspectivas que modificam em direção ao novo e à facticidade. Além disso, o mundo é aquele no qual vivenciamos como corpo fenomênico nossas vidas, onde atuamos, sentimos, e as relações subjetivas e intersubjetivas acontecem. Assim, os fenômenos só podem ser descritos a partir da experiência perceptiva de quem a vive. Por isso, se trata de retornar ao mundo vivido (mundos dos sentimentos) encontrando os fenômenos no seu estado nascente, além dos do mundo objetivo (MERLEAU-PONTY, 2011).

Para Merleau-Ponty a dimensão do corpo é fundamento para o conhecimento, não é um mero objeto orgânico e também não é ideia. O filósofo reconhece o corpo como a essência do sujeito que se desenvolve ao longo da história, em tempo e espaço circunstanciais,

constituindo a expressividade e a sua subjetividade como sujeito no mundo como corpo vivido, o *corpo próprio*. Esse precisa ser compreendido como "um todo de significações vividas que vai em direção ao seu equilíbrio" (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 154).

O ser humano é um corpo de história e não somente um corpo fisiológico, embora precise desse para que atue. Ele é expressão única e observa sempre a partir de um determinado ponto no mundo, o que possibilita que as suas apreensões sejam parciais. Ao mencionar o corpo como *veículo no mundo*, materializa o ser no mundo. Existimos no mundo por meio do corpo, o qual percebe a si, as coisas e o outro, sendo ele o nosso mundo. Desse modo, a percepção diz respeito ao corpo próprio que retoma os vividos, fluindo-se no tempo cada momento novo (MERLEAU-PONTY, 2011).

Cada ser humano é singular em sua forma de expressividade e existência no mundo. O emaranhado de relações com o outro possibilita que a subjetividade de cada ser se encontre com a do outro emergindo a intersubjetividade. Esse entrelaçamento ocorre em perspectiva do que cada qual deseja mostrar, sendo o corpo uma estrutura intencional, em uma relação dinâmica e ambígua como dois polos que se enlaça em direção ao outro – um, que é o da impessoalidade (sentir) e outro, o da pessoalidade (cultura). Os dois apresentam-se em perfis à nossa percepção (MERLEAU-PONTY, 2011).

A filosofia merleau-pontyana revela que a construção do conhecimento acontece na intersubjetividade, sem pré-determinação de um espaço definido (TERRA et al., 2009). A fenomenologia da percepção desvela a possibilidade de olhar as coisas como elas se manifestam, sem se preocupar com demonstrações e, sim, com a sua descrição (MERLEAU-PONTY, 2011).

Para o filósofo, o ser humano é a fonte absoluta e a sua experiência não é a soma de seus antecedentes, mas caminha em direção a eles e os sustenta, tornando-os seres temporais. Desse modo, "o porvir ainda não é, o passado não é mais, e o presente, rigorosamente, é apenas um limite, de forma que o tempo desmorona" (MERLEAU-PONTY, 2011, p.552).

Com essa compreensão, percebemos não recordamos as experiências passadas precisamente como ocorreram, todavia retomamos os vividos sempre de maneira atualizada e em uma perspectiva de futuro. O corpo, ao comunicar-se com o mundo, no horizonte do vivido, configura uma unidade indivisa e uma atividade expressiva, é o meu ponto de vista sobre o mundo; ele é a fonte dos sentidos das coisas no mundo, cria significações, é o lugar em que a existência assume certa situação, pois ele é o próprio movimento da expressão (MERLEAU-PONTY, 2011).

Assim, os objetos se mostram integralmente pela percepção, por meio dos sentidos,

quando a intenção do ser humano o leva à sua consciência distanciando aquilo que não é o foco de sua interpretação. Em Merleau-Ponty, as significações nascidas da relação do corpo com o mundo, antes de serem concebidas por um ato de pensamento, são atribuídas à atividade corporal, propiciando que seja reconhecido no corpo um núcleo de significações em que não se separa a expressão do expresso. Existe uma intencionalidade no corpo que toma por adquirido todo o saber latente que ele tem de si (MERLEAU-PONTY, 2011).

A relação temporal torna-se ambígua na medida em que o tempo agora existe e o tempo passado deixou de existir. A ambiguidade está presente em todo ser no mundo e *estar no mundo* demarca a relação com o tempo. A relação do homem com o objeto está carregada de intenções prospectivas. O objeto revela algo anterior e exterior às intenções do homem, todavia só existe na consciência a partir do pensamento intuitivo do homem (MERLEAU-PONTY, 2011).

A temporalidade nos possibilita desvendar algo de cada vivência. A consciência permite fluir na experimentação atual algo do que já foi vivido como um ser de potencial infinito no *eu posso*. Não somos mais os mesmos frente à vivência anterior. É a possibilidade de olhar com outras lentes o eu mesmo, o outro e o mundo, sendo um outro eu mesmo diante da atual vivência. Com base nisso, o tempo não é uma linha e sim uma rede de intencionalidades, pois a cada vivência retoma uma antiga de maneira modificada, desvelando vários perfis (MERLEAU-PONTY, 2011).

Nessa perspectiva, ocorre o hábito que não pressupõe a repetição contínua de uma ação, mas há possibilidade de uma ressignificação diante de nossa vivência, na qual adaptamos uma resposta a uma determinada situação. Por isso, quando retomamos algo, esse será sempre novo e não a mera repetição de uma experiência vivida. Isso mostra que o corpo, a partir da relação com o outro, observa o que o identifica e o que o diferencia (MERLEAU-PONTY, 2011).

O corpo percebe, então, aquilo que o aproxima e o distancia culturalmente do outro, por meio de um conhecimento produzido continuamente por ambos manifestado no contexto sociocultural. Assim, se desejarmos reaprender a ver as coisas, será necessário adquirir um novo jeito de uso do corpo próprio. Isso revela que é preciso reorganizar o corpo habitual, pois, “quando um movimento é aprendido é sinal de que o corpo o compreendeu” e “mover seu corpo é mirar as coisas através dele, é deixá-lo corresponder à sua solicitação sem que seja necessário exercer sobre ele alguma representação” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 193).

Nessa perspectiva, se desejarmos reaprender a ver as coisas precisaremos reorganizar o nosso corpo habitual incorporando a expressão saudável e os direitos de cidadão como um

hábito. O corpo compreende seu mundo sem necessidade de representação ou redução. No presente, retomamos as falas do ser humano internado em unidade psiquiátrica a partir das manifestações fenomênicas. O mundo se mostra em perfis, porém traz consigo um hábito.



## 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

*Peleando em favor da pampa a pilcha sovada em tiras.  
Marcando fronteira provou lealdade. Livrando os  
trastes da campa na ventania rusguenta. Pranchando  
adaga a gritos de liberdade. Vento, cavalo, peão  
(marca de cascos no chão). Fronteira sem marcação  
(nosso ideal meu rincão).  
(ORTAÇA, 2003; VAGALUME, 2015)*

---

Neste momento serão descritos os aspectos referentes à metodologia, englobando o tipo de estudo, campo de estudo, sujeitos do estudo, compreensão/interpretação dos achados e dimensão ética.

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo fenomenológico à luz do referencial teórico filosófico de Maurice Merleau-Ponty, a ontologia da experiência, que tem por fundamento a compreensão de vivências. Para realizar a compreensão e interpretação buscou-se embasamento na fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur.

A escolha pela fenomenologia emerge pelo olhar de (re)encantamento diante do cotidiano e pela fascinação do mundo. É permitir-se aprender a aprender com o mundo e o outro em perspectivas, vislumbrando (re)descobrir o cenário, os sujeitos, um outro eu mesmo. O distanciamento das nossas certezas como conhecedores de uma realidade possibilita o distender dos fios intencionais, conscientemente ou inconscientemente, que nos ligam ao mundo, a fim de compreender a essência do fenômeno e interpretar as experiências como elas são em determinado tempo e espaço (MERLEAU-PONTY, 2011).

Nesse sentido, a fenomenologia busca descrever e compreender os fenômenos que se mostram e se expressam pelo discurso oral do ser humano e o pesquisador é aquele que necessita liberar seu olhar para compreender o vivido pelo outro. Assim, a fenomenologia busca captar o sentido dos fenômenos, os quais estão presentes no entrecruzamento das experiências vividas pelo corpo, na coexistência com os outros, por suas ações e relações que são históricas, sociais e políticas, assim como manifestadas pelos sentimentos nos gestos de quem as vivencia (MERLEAU-PONTY, 2011).

Nessa perspectiva, o pesquisador percebe que não há a redução completa da fenomenologia, como pressupõe Husserl na fenomenologia descritiva (MERLEAU-PONTY, 2011). A fenomenologia almeja a compreensão da dimensão do ser humano na sua totalidade, inserindo na esfera do pensamento todos os aspectos que fossem colaborar para a compreensão do ser no mundo. Sendo assim, questiona o sentido da linguagem e da vida. Sinaliza o mundo da vida e os níveis em que o compreender acontece na procura pela verdade polissêmica do fenômeno (MERLEAU-PONTY, 2011; JAPIASSU, 2008). O pesquisador depara-se e reconhece uma realidade estranha a ele, descentrando-se de si para, então, compreender empaticamente o outro (CARVALHO, 1987).

#### **4.2 Cenário do estudo**

O cenário do estudo foi a UIPPG/HUSM, no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O HUSM foi fundado em 1970, é referência em saúde pelo SUS para a região centro do estado. É um órgão integrante da UFSM, que na filosofia de um hospital-escola prevê o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde (HUSM, 2013)

O Serviço de Saúde Mental do referido hospital faz parte da linha de cuidado em saúde mental do Município de Santa Maria, como também é referência regional em atendimento em psiquiatria. A UIPPG/HUSM contempla 25 leitos para o ser humano com distúrbios psíquicos de diversas etiologias (esquizofrenias, psicoses, transtorno afetivo bipolar, depressão, transtorno obsessivo compulsivo, entre outros). O ser humano é avaliado no Pronto Atendimento do HUSM. Após consulta médica, pode ser encaminhado para outro serviço de referência na linha de cuidado em saúde mental, aos demais serviços de saúde, retornar para o domicílio ou ser conduzido para internação (HUSM, 2013).

A UIPPG/HUSM, por pertencer ao hospital-escola, é local de aproximação da pesquisa, ensino e extensão; de bolsas assistenciais para acadêmicos de enfermagem; aulas teóricas e práticas dos alunos do 5º semestre do Curso de Enfermagem; estágio supervisionado para os alunos do 7º e 8º semestres, no qual os acadêmicos realizam atividades de competência do enfermeiro sob supervisão. Além disso, é campo para os estudantes ministrarem as aulas da disciplina de docência orientada do Curso de Mestrado em Enfermagem. O Programa de Residência Médica é constituído pelo ingresso de quatro médicos que permanecem por um ano na unidade, e desde 2009 há a Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, com duração de 2 anos, que implantou a inserção de

profissionais da saúde (psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social) junto à equipe local e instiga a continuidade da linha de cuidado em saúde mental.

O cotidiano de assistência da enfermagem na UIPPG/HUSM solicita a permanência em um ambiente estruturado para a terapêutica baseada na doença mental, a convivência com o sofrimento mental em crises agudas, na relação com a família, a demanda do cuidado do outro e de si. A enfermagem, inserida na equipe multiprofissional de saúde, busca amenizar os efeitos dos muros institucionais, das grades em janelas, das chaves nas portas, das perdas das rotinas e privacidade do ser humano internado para as instituídas pelo hospital. Almeja realizar o cuidado baseado em sua competência, como consulta de enfermagem, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e a participação de trabalhos em equipe como os grupos terapêuticos, de familiares, de educação em saúde, operativos, para os quais conjuntamente com o ser humano internado é decidido um sistema de monitorias para a responsabilização do cuidado do ambiente coletivo (SILVA et al., 2013).

A escolha por este cenário ocorreu devido ao surgimento do problema de pesquisa em estudos anteriores e pelas inquietações da experiência vivenciada nesse local como bolsista assistencial de enfermagem e residente multiprofissional. Além disso, a internação psiquiátrica é referenciada ao ser humano, que teoricamente se encontra suscetível à sua condição clínica de viver com a doença mental. Também, por esta Unidade integrar um hospital público e universitário, tendo dessa forma uma grande rotatividade de atendimentos e sendo o único que oferece internação psiquiátrica via SUS para região centro-oeste do estado. Sendo assim, é um desafio propor a descrição da percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental.

### **4.3. Etapa de campo**

Nesta etapa do estudo serão descritas a aproximação e ambientação com o campo de estudo, a busca dos participantes do estudo e a produção de dados pela entrevista fenomenológica para significar a experiência em estudo.

#### **4.3.1 Aproximação e ambientação com o campo de estudo**

A aproximação e ambientação no cenário como pesquisadora aconteceram de forma gradual em um movimento de descoberta do eu e do outro, na busca de uma relação de coexistência. Primeiramente, para minha inserção em campo de estudo, foi necessário mostrar a minha intencionalidade e delinear meu papel como pesquisadora junto ao ser humano que vivenciava o cotidiano da internação psiquiátrica no mundo da UIPPG/HUSM. Realizei o relato da proposta do projeto de dissertação junto ao ser humano internado e à equipe de saúde, a fim de ouvir opiniões, expectativas e aplicabilidade do estudo na terapêutica em saúde mental.

Posteriormente, vislumbrei iniciar o processo de ambientação na UIPPG/HUSM, o qual ocorreu no mês antecedente à coleta de dados do estudo. Nesse contexto, a ambientação é um movimento permeado pela subjetividade no reconhecimento do ser humano como singular, de relações face a face, dos significados do dito e não dito (PADOIN; SOUZA, 2008).

Nesse sentido, por ter uma vivência de sete anos na UIPPG/HUSM, na qual continuo a tecer relações profissionais e como ser humano, foi necessário perceber a sobreposição ao meu ser das vivências anteriores, como bolsista assistencial, enfermeira residente, mestranda em aulas práticas e agora como pesquisadora. Foram diferentes papéis assumidos, os quais marcam a minha trajetória como enfermeira e ser humano, nas relações estabelecidas com o ser humano internado e profissionais da equipe local, as quais constituem os meus sentidos, significados e inquietações referentes à temática. Essas lembranças, do tempo que já não me é cronológico, despertam o desafio do reencantamento diante do cenário, do ser humano, do cotidiano e de um *eu mesmo*. De um *corpo habitual*, que almeja pela intersubjetividade do encontro com o outro, vir a ser (MERLAU-PONTY, 2006).

O novo desafio me inspirava a buscar um outro “eu posso” na intencionalidade do meu corpo, como sujeito no mundo da UIPPG/HUSM, como corpo expressivo do que sou de espontâneo e do que é constituído como minhas palavras e significados. A minha essência, enraizada pela minha bagagem de vida no movimento perspectivo das experiências e vivências de vida influenciavam nesse momento em meus pensamentos, ideais, valores e significados. Não há como negá-los, pois afinal são justamente essas concepções de vida, que me instigam a prosseguir em compreender o sentido do outro ser no mundo da UIPPG/HUSM.

Almejei perceber esse ser e desvelar a percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental, na expressão daquilo que lhe é natural (suas palavras, sua maneira), suas significações constituídas como expressão do corpo próprio.

Perceber o outro, naquilo que ele deseja mostrar, em perspectiva do que para ele naquele momento enraizava e constituía a sua definição como ser no mundo. Para tanto, era necessário me buscar como sujeito corporificado no mundo da UIPPG/HUSM, me reconhecer como corpo próprio e estar aberta a um outro “eu posso”, com a minha essência de ser e na possibilidade de uma relação aberta na perspectiva do encontro com o outro, do eu e do outro, de vir a ser.

Nesse sentido, necessitei aprimorar meu olhar como pesquisadora nas inúmeras possibilidades e percepções, ainda velada diante da forma com que ocorrem as relações no cotidiano da internação psiquiátrica, das falas faladas nos corpos habituais, que poderão, ao longo do estudo se mostrar em perspectivas ou não, como refere Merleau-Ponty. Assim, havia a proposta de uma entrevista fenomenológica com a perspectiva do encontro intersubjetivo, que estabelece a coexistência do ser humano, a fim de descrever a percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental.

Para tanto, ao adentrar pela porta da UIPPG/HUSM para a ambientação, reconheci alguns rostos, mas busquei a estranheza deles. Contudo, ao reconhecer rostos, as essências do ser humano e as relações profissionais estabelecidas me possibilitavam um ambiente de segurança em busca do outro. Eu busquei essa segurança, embora esse cenário e ser humano não me prendessem em certezas e lembranças; libertaram-me para o movimento de constituir nossos significados e trilhar o caminho deste estudo.

Nesse tempo, encontrei na unidade uma antiga colega de bolsa assistencial, mas que, naquele momento, também estava a realizar atividades do mestrado na área de educação. Aproximamo-nos para construir saberes e compartilhar atividades com o ser humano, principalmente fora da unidade, ao ar livre, como, por exemplo, passeios, grupos operativos, além de atividades laborais com objetivos claros e definidos. Existiam as lembranças dos momentos que já havíamos compartilhado naquele local. Porém, já não éramos mais as mesmas, nossas essência permanecia, mas nossas lembranças e experiência nos possibilitavam naquele momento constituir novos significados para essa vivência.

Nesse momento, me senti corporificada como o personagem em cena da crônica de Braga. Percebo o mar da minha varanda, num movimento do vento e da água onde a espuma se faz e se desfaz. Sinto a brisa em meu rosto e visualizo, entre os telhados e árvores, o horizonte de águas límpidas e azuis, em meio às espumas de vida rápida e o arrebatado das ondas verdes perto da areia. Ao me perceber situada, tenho um espaço que se torna significativo e que me possibilita uma perspectiva de mundo. Minha intencionalidade, que até então era latente, evidencia-se em busca do outro, na praia que até então para mim era deserta.

Estou diante do que Ponty salienta como o exercício de transformar a percepção em linguagem e buscar as *metáforas* da vida, como sinaliza Ricoeur. A crônica de Braga (2005) me possibilitou perceber como leitora, me sentir corporificada, não se trata de uma narrativa em série temporal, mas há de viver, sentir e descrever uma paisagem. É dessa perspectiva de mundo que hoje me encontro, das sensações que a cena me possibilita (MERLEAU-PONTY, 2011; NEVES, 2013).

No momento em que há um olhar sobre o outro, há uma percepção da cena e do outro para mim: *“Mas percebo um movimento em um ponto do mar; é um homem nadando. Ele nada a uma certa distância da praia, em braçadas pausadas e fortes; nada a favor das águas e do vento, e as pequenas espumas que nascem e somem parecem ir mais depressa do que ele”* (BRAGA 2005, p. 272). Eu havia percebido a cena, sentido e vivido a sua paisagem, mas(,) agora não estou mais só, uma nova percepção há: da cena e do outro. Estou localizada na minha varanda, entre os telhados e árvores de onde posso vê-lo e admirá-lo em seu nadar.

Agora, ele já faz parte da cena, ele participa da paisagem e, mesmo o percebendo como um ponto no mar, como um desconhecido a nadar forte e a favor da correnteza, tenho empatia com ele, ele me traz paz, pois o reconheço por humano em um ambiente receptivo (MERLEAU-PONTY, 2011; NEVES, 2013). Visualizo e construo os detalhes da cena que eu percebo: *“Justo: espumas são leves, não são feitas de nada, toda sua substância é água e vento e luz, e o homem tem sua carne, seus ossos, seu coração, todo seu corpo a transportar na água”* (BRAGA 2005, p. 272). Assim, fui à busca do *homem no mar*, dos participantes deste estudo para o encontro intersubjetivo da entrevista fenomenológica.

#### 4.3.2 Participantes do estudo

Na ambientação do mundo da UIPPG/HUSM fui constituindo vínculo com os seres humanos adultos, compreendendo a faixa etária entre 19 e 59 anos, que se encontravam hospitalizados com doença mental. Em um dado momento, ocorria o convite de forma intencional para a participação no estudo.

Para tanto, buscou-se como **critérios de inclusão** que os seres humanos fossem adultos, que de acordo com o IBGE compreende a faixa etária de 15 a 59 anos (BRASIL, 2013), do sexo feminino e masculino, que já tivessem perpassado pela fase aguda da doença. E os **critérios de exclusão** foram: a impossibilidade do ser humano de participar do estudo devido a questões de estar em crise; com limitações físicas, cognitivas ou com sequelas

neurológicas incapacitantes, que restringissem a participação no momento do estudo. Foi assegurado a todos que preencheram os critérios de inclusão o direito, se assim o desejassem, de participar do estudo.

Concordando em compor o estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). É importante sinalizar que também utilizei do diálogo com o enfermeiro de plantão no momento que antecedeu a coleta de dados, participei das reuniões com a equipe de saúde multiprofissional e busquei informações registradas no relatório de enfermagem e no prontuário do ser humano internado.

Nesse sentido, descreverei como do alto da minha varanda percebo o *homem no mar*<sup>1</sup>, corporificado em uma paisagem perceptível em sua forma humana de ser e estar como *Homem no mar* – entre ondas a nadar:

*Homem no mar* 1 (H1) – feminino, 59 anos. Internou pela primeira vez na UIPPG/HUSM. Um rosto até então desconhecido. Pode ser uma pescadora que caiu do seu barquinho na sua lida diária. Possui um nado forte, mas sereno e calmo; no desenrolar da maré. Uma atitude humana acolhedora regada de simplicidade e humildade. Por vezes, há expressão de cansaço e esgotamento diante da pesca do dia a dia, mas sempre em busca de lugares melhores com o seu barquinho a pescar o melhor peixe que deseja. Como mesmo refere: “Eu tenho 59 anos tentando, girando, remando, remando, remando. Rema para o lado, rema pro outro (gesticula com a cabeça e mãos para ambos os lados). E de repente você vê assim que nada acontece. Nada é esse objetivo, essa vontade de tu te realizar”.

*Homem no mar* 2 (H2) – feminino, 32 anos. Internou pela primeira vez na UIPPG/HUSM. Outro rosto até então desconhecido. Parece não saber como foi parar no mar e parece sentir-se confusa nesse mergulho em águas frias. Não pode voltar à praia badalada, à lembrança do seu jeito banhista encantador e extravagante. O que a torna livre no sentido como expressa “do que você gosta” é o que a faz sentir-se presa agora em si. Seu corpo expressa um olhar perdido e confuso, com um nado sem direção e sem amplitude. O nadar já não é o seu, pois escolheu ser “livre” pela liberdade do outro. Já não se reconhece mais como ser humano, como ação de nadar. É levada pela correnteza, pois não se identifica mais com aquela paisagem, aquele mar que tantas alegrias e desejos lhe proporcionou não faz mais sentido em sua vida.

*Homem no mar* 3 – (H3) feminino, 40 anos. Internou pela vigésima vez na UIPPG/HUSM. Esse rosto me é conhecido, mas necessito estranhá-lo e reconhecê-lo da

---

<sup>1</sup> A metáfora *Homem no mar* refere-se a descrição dos participantes da pesquisa na perspectiva do ser humano (homem e mulher) de acordo com a crônica intitulada *Homem no mar* de Ruben Braga, 2005.

minha varanda. Esse *homem no mar* não pertence naturalmente à vida marinha. Homem de um naufrágio que, para sobreviver em alto mar, nada firme e forte, sempre contra a correnteza. Cria, argumenta cientificamente e investe em formas diferenciadas de nadar, pois as que já lhe ensinaram: nado de costas, de peito, de borboleta – não lhe possibilitam nadar. Sua forma de nadar não é livre, mas é diferenciada e rápida para fugir do mar. Porque, em alto mar, a vida marinha a assusta e teme pela sua vida. Caso permaneça nessa paisagem, busca se proteger em uma praia deserta, em um porto seguro. Porém, necessita deixar de ser náufrago e voltar à terra firme, onde constrói seu castelo e muralhas, que não oxidam com a brisa do mar.

*Homem no mar 4 (H4)* – feminino, 42 anos. Internou pela décima vez na UIPPG/HUSM. Está em alto mar, sendo levada pela correnteza. Nesse movimento das ondas, de ir e vir, agora se sente em casa, livre e segura em alto mar pelas braçadas do outro. Não está só. Mas sabe que vai retornar à praia e precisa reaprender a nadar. Busca conhecer as diversas formas com que poderia executar esse movimento na água, suas características quanto à intensidade, amplitude e frequência. Agora está cansada, mas também pode descansar estando em casa. Em instantes, com sua bússola pega a sua direção e retoma a vida, reconstrói aquilo que perdeu na viagem entre uma casa e outra.

*Homem no mar 5 (H5)* – feminino, 31 anos. Internou pela quinta vez na UIPPG/HUSM. Um rosto conhecido, que se revela na imensidão do mar como um corpo frágil; a mãe aguerrida e forte para nadar em direção à sua casa. Lá é onde moram a alegria, a paz e a simplicidade em viver. Sua casa é seu porto seguro. Teme a maré alta, o se perder na correnteza, o ser presa nos redemoinhos. Por isso, refere necessidade de um cuidado libertador, que lhe ensine a descobrir para ela como é nadar. Sua liberdade é o ar puro, a brisa no rosto, o nadar na companhia de sua família.

*Homem no mar 6 (H6)* – masculino, 35 anos. Internou pela quarta vez na UIPPG/HUSM. Um rosto conhecido, de um nadador forte e honesto. Ele se vê preso no mar adentro. Já tentou nadar de vários jeitos: calmo, forte, rápido, curtindo a vida. Já caiu no mar revoltado, buscou construir barcos, navios, mas a correnteza o levava para o redemoinho. Nesse giro da água infinita, o que lhe é perceptível são as perdas do que vai ficando em cada movimento da água. Sabe que precisa ser forte e corajoso, e buscar uma nova forma de lutar pela sua vida e seus desejos. Precisa nadar para ser livre.

*Homem no mar 7 (H7)* – feminino, 55 anos. Internou pela terceira vez na UIPPG/HUSM. Já esteve no mar muitas vezes, e sentiu na pele a troca de correntes marítimas, algumas frias, outras quentes; algumas calmas, outras agressivas. Aprendeu na faculdade da vida a observar o mar, a se perceber nele, a viver e nadar. Busca ser livre, mas é



difícil se perceber como nadadora. O braço não acompanha o ritmo que aprendeu na teoria, que seria o melhor para aquela circunstância. O desejo a liberta de ser e aprender no mar a forma de viver e nadar.

*Homem no mar 8 (H8)* – masculino, 46 anos. Internou pela primeira vez na UIPPG/HUSM. É um rosto desconhecido e instigante. É surfista, possui uma prancha com desenhos esculpidos, lixados e pintados por ele mesmo, o que possibilita uma base forte e sólida para diversas formas de nadar. Está em alto mar, nada calmo e sereno na leveza das ondas, pertence ao mar e o mar pertence a ele: está livre e soberano em cima da sua prancha; em instantes enfrenta o mar em sua completa fúria e devastação. Pode no ímpeto do seu ser te ensinar a surfar, com toda paciência e leveza, mas jamais com a sua prancha.

*Homem no mar 9 (H9)* – feminino, 21 anos. Internou pela primeira vez na UIPPG/HUSM. Sua vida é um mar ressacado, é onda na areia que apaga a escrita e não deixa vestígio. É beleza de águas profundas e limpas que se esconde, com medo de ser invadida pelas ondas da praia ao lado. É vazio na imensidão, é presa em solidão de estar em alto mar. Não levá-la à beira mar, para ver se sente a brisa do vento do rosto. Ah, o movimento do vento no rosto: é isso que refere seu desejo, o de voltar a ser livre.

*Homem no mar 10 (H10)* – masculino, 51 anos. Internou pela quinta vez na UIPPG/HUSM. Ele está no mar, porque o jogaram lá pelas suas atitudes com o outro à beira mar. Mas não se percebe como hábitat de uma vida marinha por ter os braços quebrados. Nadar? Nada por instinto de sobrevivência, por observar e imitar o comportamento do que observa. Imita, mas tornando tão seu o nado por justamente ter o seu diferencial: os braços quebrados, que o tornam livre no mundo marinho.

#### 4.3.3 Produção de dados: a entrevista fenomenológica

Para a produção de dados deste estudo utilizou-se a entrevista fenomenológica, a qual busca acessar o fenômeno interrogado pela compreensão do vivido do ser humano. Ela ocorre no encontro singular entre entrevistador e cada participante do estudo (CARVALHO, 1987; MOREIRA, LOPES, SANTOS, 2013).

Em virtude de a entrevista se referenciar ao encontro subjetivo entre dois seres humanos, não há uma receita para a elaboração da entrevista fenomenológica, mas é necessário que o pesquisador intencione a entrevista para o objeto de estudo. Desenvolva a empatia pelo outro, o exercício da escuta, atentando como o sujeito se mostra, respeitando seu

jeito, seus gestos, silêncio, e captando outras formas de se comunicar com o mundo (PAULA et al., 2014).

Almeja-se o encontro intersubjetivo, no qual ocorrem, na vivência da entrevista fenomenológica, o compartilhamento de um mesmo tempo e espaço, em um movimento de acesso diante do vivido do outro, e a compreensão do fenômeno interrogado (PAULA et al., 2014). Além disso, o comportamento – e o discurso oral do outro – "nunca tem exatamente o mesmo sentido para ele e para mim. Para ele, trata-se de situações vividas, para mim de situações apresentadas" (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 477).

Como o personagem da crônica de Rubem Braga, eu permaneço do alto da minha varanda a admirar o homem a nadar. Percebo o meu corpo, o corpo do homem, o corpo do mundo e o significado na cena que vivencio para aprender a essência do ser humano: "*Ele usa os músculos com uma calma energia; avança. Certamente não suspeita de que um desconhecido o vê e o admira porque ele está nadando na praia deserta*" (BRAGA 2005, p. 272).

As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a março de 2014, em uma sala da UIPPG/HUSM que preservou a privacidade do ser humano. Primeiramente, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B). Conforme o roteiro de entrevista (APÊNDICE A) fiz a seguinte pergunta: **Como é para você ter uma doença mental?** Sendo assim, a descrição do fenômeno vivido deve ser exaustiva, recorrendo à pergunta norteadora de maneira a possibilitar a expressão variável do vivido, o que visa à melhor compreensão do fenômeno em estudo (MERLEAU-PONTY, 2011). Na entrevista foi utilizado um gravador, em áudio MP3, a fim de garantir a fidedignidade dos registros dos discursos. Todos os pacientes aceitaram gravar sua entrevista em áudio.

Também foi registrada em um diário de campo a expressão não verbal referente a todas as entrevistas realizadas. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas integralmente, substanciadas pelo referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty. As informações foram arquivadas em *compact disc* (CD) e serão guardadas por um período de 5 (cinco) anos sob a responsabilidade da pesquisadora orientadora, e após serão eliminadas (Termo de Confidencialidade – APÊNDICE C).

Em se tratando do número de participantes do estudo fenomenológico, não há um número predeterminado. A produção de dados e a compreensão e interpretação dos discursos ocorrem concomitantemente. O número de participantes do estudo se revelou no conteúdo dos discursos, quando o fenômeno apareceu em sua essência, como uma estrutura de significados, e possibilitou o alcance do objetivo do estudo proposto. Então, considerou-se

que havia suficiência de significados, indicando que as entrevistas podiam ser encerradas (BOEMER, 1994; PAULA, CABRAL, SOUZA, PADOIN, 2012).

O tempo em fenomenologia não é demarcado cronologicamente, mas a entrevista mais breve durou 3 minutos e 44 segundos e a mais extensa durou 69 minutos e 35 segundos. Os participantes neste estudo foram percebidos pela crônica de Rubem Braga – *Homem no Mar* – e serão assim identificados pela singularidade do seu nadar e pela letra “H” que se refere ao *homem no mar* e o número subsequente (1, 2...10), conforme a ordem cronológica das entrevistas.

#### 4.3.4 A expressividade do encontro com o outro: a intersubjetividade em questão

O momento anterior à entrevista foi vivido por uma avalanche de pensamentos e emoções por compreender a complexidade da temática a ser estudada. Senti ansiedade e, por vezes, apreensão sobre como realizaria uma pergunta referente à doença mental, para não soar como uma avaliação do quadro clínico do ser humano.

Lembrei-me dos referenciais teóricos que busquei conhecer para me nortear no estudo, mas, sobretudo, me permiti viver cada momento de uma forma única. Nos momentos antecedentes a cada entrevista busquei a presença e ser presente na equipe de profissionais de saúde, fato que possibilitou me sentir segura e acolhida. Após, fui ao encontro do outro, o ser humano internado – o *homem no mar* – para aprender com ele os significados da experiência em questão: “*Não sei de onde vem essa admiração, mas encontro nesse homem uma nobreza calma, sinto-me solidário com ele, acompanho o seu esforço solitário como se ele estivesse cumprindo uma bela missão*” (BRAGA 2005, p. 272).

O momento da entrevista foi vivenciado com um misto de sentimentos, cada qual em sua singularidade. Estava diante de outro ser humano. Há o reconhecimento do meu corpo, o corpo do outro e o corpo do mundo. Eu o percebo e ele também me percebe. A expressão no encontro aflora como algo natural e espontâneo, algo humano soando como liberdade. Permitimo-nos a expressão no encontro intersubjetivo. Mesmo sendo um ponto no mar avistado da minha varanda, da minha perspectiva de mundo, aquele desconhecido me possibilita a empatia natural pelo reconhecimento nele do ser humano.

Estávamos em um movimento pela fala e significado do *homem no mar*. Nesse encontro entre dois seres humanos, perdemos a noção do tempo cronológico, do espaço por meio de suas falas enraizadas de significados de lembranças e expectativas do futuro.

Percebemos a paisagem em alto mar, sentimos o calor, o vento, o frio, a brisa, a tempestade, a ressaca e a maré.

Também, em meio ao encontro houve expressão de saudades da sensação de liberdade, de poder sentir o vento no rosto. O olhar perdido na janela gradeada, o barulho das chaves fechando as portas denunciava a sensação de privação de liberdade e a sua expressão corporal retratava a sensação de se prender a uma doença mental e sua condição neste dado momento: o de estar internado. Ao passo que o ser humano falava em si, caminhava em direção à orla, encorajando-se a buscar o mar e a nadar. Permitiu a si a possibilidade de apreciar novamente a paisagem e suas transformações como ser no mundo. Agora já manifestava: “até que agora está um ventinho bom aqui (olhando para a mesma janela gradeada, que antes lhe trazia sensação de aprisionamento)”. (H5)

Expressamos pelo nosso corpo nossas ações em movimentos do tempo, entre lembranças, acontecimentos e esperança de vida, entre passado, presente e futuro; em olhares, choros, risos, falas, sensações e emoções. Eu desejava ouvir o outro em sua percepção e construção de significados atribuídos às experiências. E o outro se permitiu a expressão e o interesse para falar de si, das suas experiências. Permitimo-nos tecer fios intencionais num movimento de coexistência entre seres humanos (MERLEAU-PONTY, 2011).

#### **4.5 Compreensão e interpretação: a fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur**

Neste estudo optou-se pela utilização da fenomenologia-hermenêutica do filósofo francês Paul Ricoeur como método de interpretação das informações, pois almeja a interpretação do ser pelo pensamento do homem e formula a análise sobre a vontade humana, buscando desvelar o sentido oculto daquilo que está aparente, a fim de reencontrar o sentido autêntico da linguagem.

Para Ricoeur (1990), o ser humano possui uma percepção limitada diante dos objetos no mundo. Ele refere que existem perspectivas distintas na relação homem/objeto no diz respeito à percepção de cada um, pois depende da vivência, do ângulo, profundidade com que cada vontade humana exprime. Isso torna a percepção de cada ser humano singularizada para o momento.

Entretanto, essas verdades polissêmicas são expressas pelo discurso, que é um evento temporal. Quando alguém está falando, os fatos que decorrem do discurso são passageiros, pois o autor do discurso, quando em forma de texto, poderá não estar mais presente. Contudo,

permanecerá o significado. Nessa perspectiva, existe autonomia semântica do texto, pois, desde que o discurso oral passe para o discurso escrito, em qualquer época ou contexto todo sujeito apto à leitura pode se apropriar do discurso e interpretar os seus significados (RICOEUR, 1990).

O filósofo apresenta uma teoria da interpretação fundamentada na dialética entre explicação e compreensão, mediada pela interpretação. Ainda, adota um método reflexivo que parte do vivido do sujeito para compreender a existência e redescobrir o sentido do fenômeno pela verdade (RICOEUR, 1990).

Em busca de desvelar a percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental, foi utilizada a proposta elaborada por Terra (2007), fundamentada na fenomenologia-hermenêutica de Ricoeur (1990), que delineou as seguintes etapas:

- Após a entrevista fenomenológica, realizei a transcrição do discurso oral para o discurso escrito. Procurei manter a fala original com erros linguísticos e expressões utilizadas pelos sujeitos, descrevendo os gestos e indicando quando havia silêncio(s) e expressão de sentimentos manifestados.

- Com o discurso escrito na estrutura de um texto, iniciei a **leitura simples**, que é o primeiro contato com as transcrições das informações após a entrevista. Assim, busquei compreender o texto de maneira superficial. Para tanto, iniciei a leitura pela frase seguida por parágrafos e, depois, o texto como um todo. Após desvelar a percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental, realizei a leitura aprofundada, *crítica*, com várias releituras, buscando, então, apreender o sentido, a essência do vivido pelo ser humano que vive com doença mental (TERRA et al., 2007).

- A interpretação dos achados foi realizada texto por texto, pois para a compreensão desse o leitor necessita ir além do sentido literal das palavras na frase. A busca pelos sentidos aconteceu por meio da compreensão do texto, a partir das situações da realidade apreendida do vivido do outro. Sublinhei as ideias ligadas à fundamentação teórico-filosófica de Merleau-Ponty, buscando compreender aquilo que o discurso estava falando. Estructurei os temas que perpassavam pelos segmentos do discurso compreensivo no texto, que formaram, por sua vez, uma unidade de sentido. Nessa perspectiva, diante dos temas, precisei ter habilidade para compreender os sentidos e as imagens projetadas diante do texto ou, como lembra Ricoeur (1990), *da metáfora*. Esta revela algo novo diante da realidade e permite a compreensão do texto a partir de um aprimoramento do sentido, que emerge do conflito entre palavras e abarca uma nova significação na frase (RICOEUR, 1990).

A hermenêutica de Ricoeur vislumbra, por meio da experiência manifesta no sentido do discurso escrito, compreender a existência humana desvelando a realidade em sua totalidade. Logo, para compreender o sentido do texto o leitor necessita entender qual a intencionalidade do texto de revelar as verdades do fenômeno (TERRA et al., 2009). Sendo assim, a metáfora conduziu a novas possibilidades de articulação da realidade como uma rede de significados.

- A última etapa foi a **apropriação**. A qual possibilitou desvelar a percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental. A mensagem manifesta é compreendida e assimilada, sendo desvelada em uma rede de significações, que não é estática, mas que se abre em inúmeras interpretações, porque não é determinada definitivamente. Com esta etapa finaliza-se o processo de compreensão e interpretação hermenêutica de Ricoeur (1990). Assim, o sentido dos discursos, antes obscuro, transpõe-se ao texto, tornando-se visível e, com isso, a pesquisadora conseguiu compreender a metáfora do mundo do texto, bem como apropriou-se do que foi desvelado e tornou seu o que antes era desconhecido.

#### **4.6 Dimensão ética**

Inicialmente, foi realizado pedido formal de autorização ao enfermeiro coordenador de área e à médica psiquiatra responsável pela UIPPG/HUSM para desenvolver este estudo. Com a autorização, o projeto foi devidamente registrado no SIE do GAP do CCS da UFSM pela professora orientadora. Na sequência, foi submetido à apreciação da DEPE do HUSM e, após, registrado na Plataforma Brasil, na qual foi analisado o Protocolo do Projeto de Pesquisa pelo CEP com Seres Humanos da UFSM e aprovado sob nº 26153713.1.0000.5346.

A Resolução Nº 466/12 do CNS aponta que todos os protocolos de pesquisa que envolva seres humanos, independente da área de conhecimento, precisam ser avaliados quanto aos critérios éticos e científicos por um Comitê de Ética em Pesquisa institucional. Esse processo não se esgota nessa revisão inicial, pois é preciso estabelecer mecanismos de monitoramento e acompanhamento da implementação e condução das pesquisas. Essa é uma maneira de compartilhar responsabilidades entre os pesquisadores, o sistema de avaliação ética, as instituições de ensino e pesquisa, voluntários e a sociedade como um todo (BRASIL, 2012).

Sendo assim, a pesquisadora assumiu o compromisso de cumprir integralmente os princípios da referida Resolução, garantindo a **autonomia** do sujeito de maneira que

livremente decidisse quanto à sua participação ou não na pesquisa. Além disso, em todo o processo de pesquisa, foram observados os princípios da bioética e do **respeito à justiça**, especialmente por tratar-se de um grupo vulnerável.

A pesquisa proposta ocorreu, pois tem como objetivo acessar informações que poderão beneficiar especificamente esses grupos. Os **benefícios** desta pesquisa não serão diretos aos sujeitos que dela participaram, mas incluem a reflexão dos profissionais da saúde acerca deste estudo, a fim de refletirem sobre as suas práticas, bem como de reavaliarem questões e ações implícitas à sua atuação profissional, possibilitando melhora no cuidado ao ser humano que vive a doença mental. Também houve a intenção de fornecer informações a respeito da percepção do viver com doença mental do ser humano internado em Unidade Psiquiátrica.

A participação do sujeito foi por meio de uma entrevista a qual não representou, a princípio, **risco** à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. Porém, alguns sentimentos poderiam ter sido mobilizados ao lembrarem episódios da sua vivência diante da doença mental. Caso isso acontecesse, os participantes seriam encaminhados aos profissionais do próprio serviço quando necessário, conforme acordado previamente. Entretanto, não foi solicitado por eles.

A entrevista se realizou após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) juntamente com o participante, tendo em vista ressaltar o objetivo, metodologia e o seu anonimato neste estudo, sendo representado pela letra “H” (H1, H2, H3...). A escolha desta letra “H” justifica-se por ser a letra inicial da palavra “Homem” inspirada na crônica de Rubem Braga “*Homem no mar*”. O TCLE foi apresentado em duas vias, ficando uma de posse do participante deste estudo e a outra foi arquivada pela pesquisadora, assinada por ambos, a qual ficará sob a guarda da pesquisadora responsável por este estudo, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marlene Gomes Terra, pelo período de cinco (5) anos, em um armário chaveado na sala 1445 no Centro de Ciências da Saúde (prédio 26), no Campus da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que é o espaço de encontro do Grupo de pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Saúde e Sociedade, cadastrado no CNPq.

Todos os princípios da Resolução nº 466/12 do CNS estão descritos no TCLE (APÊNDICE B). Além do TCLE, conforme o Termo de Confidencialidade (APÊNDICE C) as pesquisadoras do presente projeto concordaram que as informações foram utilizadas para execução do presente projeto, sendo ainda construído um banco de dados para possíveis releituras com outros referenciais.

## 5 DESVELANDO AS PERCEPÇÕES DO SER HUMANO INTERNADO EM UNIDADE PSIQUIÁTRICA SOBRE O VIVER COM DOENÇA MENTAL

Liberdade!  
Liberdade! Abre as asas sobre nós.  
E que a voz da igualdade  
Seja sempre a nossa voz, mas eu digo que  
vem.  
(TRISTEZA et al., 1989; VAGALUME, 2015)

---

Neste estudo três temas emergiram: o mundo do ser humano que vivencia a doença mental; percepção da doença mental para o ser humano que vivencia a internação psiquiátrica; o Ser na relação de ambiguidade: o movimento de *liberdade*.

### 5.1 O mundo do ser humano que vivencia a doença mental

O ser humano que vive a doença mental revela suas percepções em perspectivas diante do mundo vida. O mundo é o vivido, enraizado pela experiência humana num leque de significados singulares para cada ser humano daquilo que percebe e o significado em dado momento circunstancial. A essência do sujeito permanece como figura de fundo nas suas significações como vida, mas elas não são estáticas. Há o movimento da consciência diante de si, diante do tempo, diante de novas experiências e significações do vivido (MERLEAU-PONTY, 2011).

Nesse sentido, cada corpo é constituído de significados diante das suas vivências e experiências com o mundo. Existimos como corpo no mundo, em que me percebo como ser humano, percebemos o outro, somos percebidos e nos comunicamos. O envolvimento de cada ser humano com o mundo, no qual tece suas experiências e do qual reflete suas experiências, vai construindo a sua subjetividade em um mundo inacabado (MERLEAU-PONTY, 2011).

Em um exercício da percepção transformando-se em linguagem, a crônica de Braga intitulada *Homem no mar* nos convida como leitor a participar da aventura. Há marca da linguística no presente, guiando meu olhar como leitora pela paisagem. O poeta lírico descreve a relação da percepção diante do mundo: “O vento é nordeste, e vai tangendo, aqui e ali, no belo azul das águas, pequenas espumas que marcham alguns segundos e morrem,



*como bichos alegres e humildes; perto da terra a onda é verde*'' (BRAGA, 2005:272). Na medida em que o leitor se percebe em cena e como ela o afeta, aprende os significados da paisagem, do mundo inacabado em questão, que está em transformação, por exemplo, ao testemunhar o movimento das ondas do mar que altera a cada passagem a paisagem (MERLEAU-PONTY, 2011; NEVES, 2013).

Quando o ser humano necessita iniciar o seu pensamento, precisa se movimentar diante de si, mergulhar em seu corpo, que constitui o seu mundo, sem negá-lo diante das incertezas do mundo sensível. Necessita perceber-se como corpo no mundo, como metaforicamente o *homem no mar*, para responder as indagações do mundo (MERLEAU-PONTY, 2011)

A percepção é um processo indireto e uma representação de um objeto, pois move os sentidos em uma determinada perspectiva. O movimento da consciência de perceber a si e o mundo ocorre a partir da sua essência como ser humano no mundo, diante das suas vivências e experiências com o outro, com o mundo e no que nesse dado momento consegue e deseja perceber por meio de sua intencionalidade em significar. Os significados advêm de como eu e os outros interagimos com o objeto percebido e com o mundo. Sendo assim, os significados estão entre nós e o mundo (MATTHEWS, 2010).

Braga (2005, p.272) nos aproxima do gesto do outro, aprendendo a sua experiência observada, descrevendo-a:

*Já nadou em minha presença uns trezentos metros; antes, não sei; duas vezes o perdi de vista, quando ele passou atrás das árvores, mas esperei com toda confiança que reaparecesse sua cabeça, e o movimento alternado de seus braços. Mais uns cinquenta metros, e o perderei de vista, pois um telhado a esconderá.*

O poeta lírico expressa a relação espaço-temporal, sendo, portanto, o espaço do outro o mar, o meu espaço a varanda da casa, e entre nós as braçadas. Esse gesto me tornou empática com o outro, pois reconheci uma ação de um ser humano, e, mesmo estranho a mim, me tornei imbricada com o mundo do outro. O movimento do seu corpo no mar, manifestado pelas braçadas na água, possibilitou nosso encontro intersubjetivo (MERLEAU-PONTY, 2011; NEVES, 2013).

Nesse sentido, o ser humano se mostra em perspectivas de se conhecer e de se deixar conhecer-se. No movimento da consciência de aproximar de si e de se relacionar com o mundo que deseja compreender, os significados a cada passo vão se desvelando, em um movimento de abrir as cortinas diante dos seus sentidos, libertando-se das máscaras e

molduras de um mundo já concebido pela ciência moderna e suas certezas. É o permitir-se a ser, corpo no mundo, com outros olhares, do *homem no mar* para o horizonte (MATTHEWS, 2010).

O ser humano, ao se permitir pensar como vivenciando o fenômeno da doença mental, revelou o seu desejo de mostrar-se como *o homem no mar*. O ser humano apreende experiências, percepções, comportamentos e reconhece-se gradativamente como sendo ações suas no mundo, do seu corpo no mundo, tornando-se uma consciência encarnada (MERLEAU-PONTY, 2011). Expressa pelo contato corporal com o mundo, na sua subjetividade, o seu jeito de nadar em meio às “*águas calmas e a favor do vento*” (BRAGA, 2005: 272). Porém, há muitos movimentos da água no mar, pois é um mundo inacabado. Nesse sentido, indaga-se: O quê o ser humano deseja? Qual é a sua vontade? Encarar as Ondas? Nadar a favor ou contra a correnteza? Esconder-se no mergulho nas profundezas oceânicas?

Como ouvinte dessa aventura, pude observar e me fazer presente no encontro de subjetividades, pois do alto da minha varanda pude visualizar o ser humano em perspectivas no seu movimento no mar. Fui convidada a compartilhar dessa experiência quando mostrou-se por meio das suas expressões corporais, do *corpo próprio*, pelo seu gesto, o seu modo de nadar (MERLEAU-PONTY, 2011).

O misto de sensações revela o *corpo próprio* do sujeito, a sua forma de comunicar-se com o mundo naquele momento (MERLEAU-PONTY, 2011). Como, por exemplo, desperta o riso ao lembrar de momentos alegres, o suspiro de nostalgia, o choro de angústia, o olhar de arrependimento, a explosão de raiva e ressentimento ao bater com a mão nos joelhos ou na mesa, a feição de medo, infelicidade, e a dificuldade em perspectivas futuras diante do fenômeno vivenciado; as gargalhadas ao momento em que voltam à consciência do ser humano as lembranças acerca das loucuras da vida, de como viveu, aprendeu, conviveu e continua vivendo e aprendendo. O misto de sentimentos permeia a expressão corporal diante de si e de sua história de vida.

O mundo da doença mental é imposto ao ser humano na descoberta do diagnóstico psiquiátrico. É surpreendido por uma cientificidade, a qual aponta que o seu comportamento reflete uma doença mental. O rotulamos socialmente e o prendemos, como ser humano de expressão ao discurso do saber médico, quando não mais permitimos a credibilidade humana na possibilidade do seu ser. O conformismo ocorre quando o ser humano percebe que não somente está diante de um quadro do processo de adoecimento, mas de aceitação do discurso do outro como o não poder vir a ser, e se aprisiona na doença e, por sua vez, em si mesmo.

Em um tom passivo, como vir a ser um doente mental por aceitar o discurso do outro; ou questiona esse poder do outro diante de si, em um movimento de se libertar, na possibilidade de vir a ser (ELY et al., 2014), como expressa:

A princípio, olha, eu vou ser bem sincera contigo, eu vim descobrir isso não faz muito tempo, me surpreendi de certa forma, porque eu nunca tinha ouvido falar. Nunca ouvi falar da família da minha mãe, que era enorme, eram 8 irmãos. Nunca ouvi falar sobre isso [...] (fala arrastada) o dito bipolar. (H1)

Como você vai formar um parecer (gesticula com as mãos) sobre uma pessoa pela boca dos outros? Se tu nunca frequentou a casa da pessoa e não conhece intimamente essa pessoa desde o ventre da mãe até hoje. Como um fofoqueiro que está ali se dando mal com a gente vai chegar pro psiquiatra e vai dizer: “Ela é isso, aquilo e aquele outro.” Faz uma visão ruim da gente na cabeça dele. E ele já sai dizendo feito papagaio que aquilo que o outro disse sobre a gente é verdadeiro sobre o que a gente está sendo acusada. Como ele pode dizer, se ele não é testemunha ocular? Como ele pode se posicionar do lado de um e não do lado do outro (bate na mesa)? [...] no que o psiquiatra vai se basear pra dizer que uma pessoa é santa ou não? É doente ou não? Na conversa de familiares e amigos. (H3)

Ah! Eu não queria acreditar. Eu não queria acreditar, sabe, não queria. Eu achava que, até hoje ainda, que os médicos podiam estar enganados. Mas não estão, é verdade. Eles acharam alguma coisa errada (abaixa o tom de voz) e muito errada se eu ficar sem tomar o remédio [...] Bom, ele me deixou chocada, eu não lembro muito, era muito nova, não tinha 15 anos ainda. Ele disse o diagnóstico na cara da minha mãe: bipolar. Eu lembro que foi isso que ele disse (Boceja). Eu, olha, eu não entendi. Eu não entendi o que ele falou. Isso eu não entendi na hora. (H4)

Há uma doença crônica, não podemos negá-la e nem mesmo supor que o ser humano não poderá ter limitações diante de seu quadro clínico, e que possivelmente necessitará de adaptações terapêuticas no seu cotidiano, pois negar o tratamento também é uma forma de exclusão. Porém, na medida em que o ser humano descobre ter uma doença mental, ele passa a ser a própria doença mental, pelo discurso do outro (médico, social) e incorpora esse discurso a si: sou *um* doente mental. *Um*, pois esse grupo apresenta um diagnóstico: *a* doença mental, no movimento que se aprisiona em uma doença e se afasta das suas singularidades.

O discurso do *homem no mar* aponta para essa *generalidade* no sentido de identificação, de sentir-se um *nós, os doentes mentais*. Essa condição do ser humano de se identificar com uma característica do outro, *no sentido da generalização*, também acaba por afastar cada ser humano do seu jeito de nadar, pois, apesar de ocorrer esse sentimento frente ao outro, ele se fará necessário para o reconhecimento do seu mundo, e do outro. Cada ser humano escreve a sua história de vida a partir de sua essência, de concepções do seu mundo social, cultural. A singularidade permeia a condição de existência de si e no seu enfrentamento do fenômeno pesquisado. Sendo assim, por mais que haja a percepção da identificação dos sujeitos diante do fenômeno, ninguém poderá sentir da mesma maneira, pois é o perceber-se

diante do mundo, diante de si e diante da descoberta da doença mental (MERLEAU-PONTY, 2011; FREITAS et al., 2013).

Nesse contexto, é possível ter acesso ao outro, no encontro de intersubjetividades, pois, como estou presente com a minha subjetividade no mesmo mundo, ao mesmo tempo desperta em mim como pesquisadora um conhecer o outro em perspectiva. Na presença do outro como corpo expressivo e diante de seu comportamento construo o seu “eu” diante de sua intencionalidade de se mostrar a mim. Como expressa a crônica de Braga, que torna o leitor um personagem na cena a observar um homem estranho em alto mar a nadar, e isso causa-lhe empatia, já não se torna mais um estranho aquele a quem observa. “*É apenas a imagem de um homem, e eu não poderia saber sua idade, nem sua cor, nem os traços de sua cara. Estou solidário com ele, e espero que ele esteja comigo*” (BRAGA, 2005:272). Assim, estamos diante da intersubjetividade em exercício, a consciência percebe a si e o outro, tornando aquela cena algo representativo pela sensação gerada em mim, significando a cena e o outro (MERLEAU-PONTY, 2011; NEVES, 2013).

O *homem no mar* também expressa a relação de *ambiguidade* e contradições frente ao seu discurso, numa relação de coexistência, do discurso de um e de outro. Logo, ao passo que reconheço no outro algo velado em mim, percebo o mundo do outro, o que auxilia no reconhecimento do meu mundo (MERLEAU-PONTY, 2011; KLÜSER, 2011).

Ser bipolar é como a água e o vinho, assim eu me sinto em relação a mim e em relação às outras pessoas. (H5)

Descobrir pra mim foi terrível, porque eu era uma pessoa que trabalhava, uma pessoa ativa, que tinha bastantes amizades, e no momento que eu descobri essa doença, eu perdi tudo. Perdi os amigos, perdi toda a vida que eu tinha. Acabei me tornando uma pessoa sozinha, sem amizades, sem ninguém, só a amizade com os meus irmãos que eu tenho. (H6)

Eu me sinto muito ruim. Eu não aceito. Desde o início eu nunca aceitei. E até agora, já faz 37 anos já, e eu não aceito. Então, é muito difícil. E os outros também não aceitam, mesmo eu aceitando. E quando eu aceito, os outros me fazem lembrar de uma forma negativa, não de uma forma positiva. Eu fico muito triste, eu choro e tudo. E tudo que nós aprendemos na faculdade, tudo besteira, tudo bobagem, que nós temos democracia [...] tudo bobagem (chora muito, abaixando a cabeça) passar 5, 10 anos estudando. Eu acho horrível isso. Então, foi muito ruim (voz engasga). (H7)

E sobre a minha doença eu não sei, como eu vou saber sobre minha doença? Eu acho ruim, esse ruim é ruim mesmo. Eu não sei dizer sobre a doença. (H9)

O *homem no mar* revela uma *fala falada* de um ser em meio da multidão, alienado ao meio do convívio social que o prende à sua doença e o limita à sua condição clínica. *Ele* pode

aceitar a condição passiva de ser o doente mental, num processo não reflexivo. Aprisionado pela doença, pelo social, e não reflete sobre a sua percepção. Traz um discurso pronto, automático, que perdeu o tom reflexivo diante do *hábito*. Esse se refere à apropriação de significado do ser humano advindo do seu relacionamento com o mundo, o qual incorpora esses significados à sua expressão corporal (MERLEAU-PONTY, 2011; SILVA et al., 2013).

Sendo assim, ao adentrar no mundo da doença mental por um diagnóstico médico e suas implicações sociais, está diante de um mundo do saber, do poder científico e das construções históricas de uma sociedade diante da loucura, que exclui o outro. A psiquiatria clássica enreda o poder do saber médico, social, e nas certezas científicas. Já as políticas públicas de saúde mental expressam o desejo de autonomia e corresponsabilização do sujeito diante do seu tratamento (BRASIL, 2013). Mas de que sujeito?

Nesse sentido, o *hábito* se constitui nas amarras, molduras e máscaras que se expressam pela *fala falada*. Sobrepõe as cortinas em um movimento de sua *liberdade*, em movimento do seu mostrar-se como *corpo próprio*, pela *fala falante*. Está diante de um movimento no mar, no tempo em uma relação *ambígua* no mundo, em se perceber, reconhecer e mostrar-se ou se esconder nas profundezas oceânicas (MERLEAU-PONTY, 2011).

O discurso do *homem no mar* ocorre primeiramente pela *fala falada*, pois o objetivo esperado é meramente pelo ato comunicativo de um interlocutor; ao passo que se percebe gradativamente como corpo consciente no diálogo e no mundo do fenômeno interrogado. Sendo assim, emerge o discurso originário e criativo que expressa os reais sentimentos e percepções diante do mundo vida, a *fala falante* (MERLEAU-PONTY, 2011; SILVA et al., 2013).

Nesse contexto, o *homem no mar* repensa suas ações e atitudes frente à sua vida, e se mostra com o sentimento de surpresa e entusiasmado na possibilidade de falar de si. Sendo assim, pela *fala falante* revela pelo seu desejo de mostrar-se nesse dado momento e tempo o seu ser no mundo, no qual carrega significados diante da realidade percebida. Como sujeito corporificado, torna-se o meio expressivo das suas vivências, revelando-se e escondendo-se ao meio das ondas, na perspectiva de ser no mundo, no movimento das ondas em reconhecimento de si (MERLEAU-PONTY, 2011).

Entrei em depressão (olha pra baixo), mas eu tive depressiva mesmo. Lá no fundão pedindo socorro pelo amor de Deus e não conseguia me levantar. – “Mas, ó fulana – dizia minha irmã (referindo o nome dela) –, o que é que está te faltando?” – Eu dizia: nada, eu estou bem. – “Não, fulana – dizia minha irmã (referindo o nome dela) –, está faltando alguma coisa, eu sei.” – Está me faltando alguma coisa, mas não é tu que me vai me dar, não adianta, tu não tem. Eu preciso de uma força, uma força que

eu não sei te explicar. (H1)

Está sendo muito difícil, porque eu tenho vontade de continuar sendo da mesma forma, daquele jeito que eu era feliz, antes de descobrir a doença. Ontem eu conversei com a médica, porque eu não sabia, eu achava que eu só tinha uma depressão e isso iria me aliviar bastante. Mas a doutora disse que não é, que o que eu tenho é bipolar. (H2)

É um inferno, porque eu quero viver a minha vida e eu nunca posso [...] Para mim não tem coisa pior em ser tida como doente, porque é uma má fama que não tem fim. (H3)

Nesse movimento de consciência do corpo como sujeito e objeto de ações no mundo, como forma intencional do meu “*eu*”, da minha expressão corporal como ser no mundo de um *eu posso*, (re)pensar e agir no mundo. Nesse contexto, aproxima-se a tendência filosófica dos dois autores em questão, pois Merleau-Ponty refere-se à consciência do homem em estar no mundo como corpo, e esse é o seu veículo de ser no mundo. Essa multiplicidade de sensações revela a singularidade de cada ser humano, o *corpo próprio* (MERLEAU-PONTY, 2011).

Já Ricoeur nos faz pensar gradativamente na *vontade* que o ser humano exprime nas suas relações, sendo assim, a *personalidade* no mundo que vive, que o torna um corpo ativo no mundo em sua ação singular. Refere que esse conhecer, e se reconhecer no mundo denotam numa consciência reflexiva diante de si, e repensar suas ações no mundo (RICOEUR, 1990).

Sendo assim, o *corpo próprio* apresenta uma liberdade cinestésica, como mostra Ricoeur, ao passo que escolhe mover-se em um caráter ativo, em sua consciência reflexiva de si em torno de uma personalidade. Esse movimento, como ser humano de vontades, desejos, e o repensar de suas ações diante do fenômeno vivenciado tornam sua vontade refletida em uma ação (MERLEAU-PONTY, 2011; OLIVEIRA, 2012).

E assim, eu sei que eu não sou totalmente louca, sei muito bem o que é um “A”, um “I”, um “o”, sei bem, até leio algumas coisas, às vezes, lendo, sabe, lendo. [...] Mas, eu tenho um problema sério no cérebro, tenho e é seríssimo. Mas e queria a cura dele. Eu queria a cura dele. Eu só queria assim um remédio que curasse e que nunca mais eu precisasse tomar um remédio [...] Enquanto eu tenho vida, eu estou vivendo, vivendo e aprendendo. (H5)

Mas eu acho a doença uma coisa ruim. Eu acho (olha para o nada), eu queria não ter essa doença. Eu queria ser normal como eu era antes [...] Mas a vida é assim. O que a gente pode fazer? Melhor pra uns, pior pros outros (silêncio). Só sei te dizer que a doença é uma legítima *merda* mesmo (fala com desprezo), se tivesse um remédio milagroso que curasse, mas não tem. Tem aquele que te deixa bem, mas não tem aquele que te cura. Se você tomava só uma vez e não precisava tomar mais. (H6)

Uma vez, pela primeira vez o médico me atendeu foi num porão assim muito escuro, eu fui lá falar com ele. Eu disse: Doutor, você sabe por que eu fiquei assim? Ele disse: “Fulana, olha, eu vou te explicar: tu está assim que nem um copo de água, que

enche, enche, enche, e, de repente, como uma gota d'água, começa a esvaziar.”. Eu disse: Como assim? – “É tu trabalhando demais e, por isso, você adoeceu.”. Eu disse a ele: Não concordo. Eu não concordo com o senhor, eu adoeci por outra coisa, pelo trabalho não foi. Pode ter ajudado um pouco, mas eu adoeci por outra coisa. E essa roupa aqui? Eu disse: Essa roupa aqui é de louco, essa aqui não é a minha roupa. Aí ele me disse: “Não se preocupe, que a tua roupa você já vai receber.”. Eu disse a ele que a roupa não tem importância nenhuma, o que importa é a minha cabeça (aponta com o indicador para a sua cabeça). (H7)

Eu achei que eles ainda não acertaram o remédio, mas com certeza eles vão acertar. Vê o que tem, o que está acontecendo, o meu problema, como eu te disse, não é físico, é mental. Tenho certeza que é mental, mas, até o médico acertar o remédio, de repente a terapia certa, pra fazer, acho que vai demorar um pouquinho. (H8)

Nesse contexto, apesar dos avanços na conjuntura política em saúde mental e da luta por sua efetivação, a qual instiga a autonomia do sujeito e a valorização da cidadania, o que percebemos no discurso é que o limitamos e reduzimos a essa condição clínica, do *homem no mar: no mundo da doença mental*, indiferentemente do local que ele habita, seja social, serviço de saúde, ou mesmo em sua casa. Em virtude disso, não é o local que prende o ser humano em sua doença, mas o próprio modelo manicomial que pendura nas mentalidade humana (LARA et al., 2013).

Nessa perspectiva, necessitamos, como profissionais da área da saúde, nos desprender das nossas certezas como mero saber de imposição ao tratamento do outro, que perpetua a relação de submissão ao saber e poder do outro. Faz-se necessário desprender a ideia do objeto passivo sendo cuidado e incorporar aspectos humanos e sociais no processo saúde/doença, para efetivar o direito do cidadão frente à sua condição de saúde (SCHIMITH et al., 2013).

Nesse contexto, almejamos efetivar as políticas públicas que permeiam o cuidado humanizado pautado nos princípios e diretrizes da saúde do SUS, dentre eles a integralidade. Para tanto, é necessário empoderar o ser humano diante de proposta terapêuticas dialogadas, buscando decisões compartilhadas entre profissionais de saúde, outros setores sociais, família, comunidade, e principalmente pela escuta sensível e qualificada do ser humano, como possibilidade de escolha terapêutica e de vida (SCHIMITH et al., 2013).

Portanto, o mundo do ser humano que vivencia a doença mental é permeado pela percepção de si diante de uma doença. Um mundo constituído de significados que ora grita por liberdade, ora se aprisiona por um mundo “seguro” de certezas do outro, que também o percebe como o doente mental. As políticas públicas almejam a escuta do ser humano como um ser de possibilidades e escolhas compartilhadas diante do processo saúde/doença.

Nesse sentido, no exercício da fenomenologia em ação, Merleau-Ponty nos auxilia a

perceber o ser humano, a si e ao outro como um corpo de gestos no mundo e Ricouer, como uma pessoa de vontades, desejos e reflexão dos seus atos. Eis o ser humano com um diagnóstico, o qual faz parte do mundo dele, mas não podemos resumir o próprio ser a uma condição clínica, nem mesmo ser a própria doença o seu mundo (MERLEAU-PONTY, 2011; RICOEUR, 1990).

Como também não podemos, por um diagnóstico, impor decisões e condições à vida do outro, apagando a singularidade e individualidade, retirando do outro a condição humana de ser único e singular. Eis o homem no mundo da doença mental, o *homem no mar*, buscando nadar, boiar ou mergulhar, conforme for seu desejo para consigo e no mundo que habita (MERLEAU-PONTY, 2011; RICOEUR, 1990).

## **5.2 Percepção da doença mental para o ser humano que vivencia a internação psiquiátrica**

A percepção do ser humano diante do mundo nesse momento está imbricada na facticidade da existência humana numa rede de intencionalidades. Permeia a essência do ser humano, do vivido e seus significados diante do mundo vida na perspectiva de uma relação temporal, entre passado, presente e futuro. A *temporalidade* é um processo constituído subjetivamente, sendo a consciência a forma de todos os tempos. A consciência do momento repercute a anterioridade e a visão prospectiva, como, por exemplo, na percepção da paisagem diante da janela do carro em movimento, ou metaforicamente, neste estudo, como as ondas do mar no movimento da consciência do homem, diante dos significados do seu vivido no mundo que habita (MERLEAU-PONTY, 2011; COLA, 2008).

O cronista Braga (2005, p.272) aponta a relação temporal com a percepção da paisagem entre a observadora da varanda (pesquisadora) e o *homem no mar* (participantes do estudo). No momento prospectivo em que a observadora pode perceber o outro, toma consciência de outra temporalidade, que não somente a sua, pela expressão do nadar do corpo do outro no movimento das ondas do mar em perspectiva do mundo. Nesse movimento de intersubjetividade, há o cruzamento entre as percepções temporais, em que o próprio tempo nos coloca no mesmo mundo (NEVES, 2013).

*Que ele nade bem esses cinquenta ou sessenta metros; isto me parece importante; é preciso que conserve a mesma batida de sua braçada, e que eu o veja desaparecer assim como o vi aparecer, no mesmo rumo, no mesmo ritmo, forte, lento, sereno. Será perfeito; a imagem desse homem me faz bem.*



A consciência não é uma sequência lógica de acontecimentos conforme sua ordem cronológica, mas é perseguida pelo instante, o qual necessita de um ato de liberdade do ser humano para desprendê-lo (MERLEAU-PONTY, 2011; JUNIOR, 2013). Sendo assim, a percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental é motivada pelo instante vivido, quando refere a sensação de aprisionamento e isolamento social pelos muros institucionais.

A linha de cuidado em saúde mental prevê uma lógica de cuidado com ações interdisciplinares em diversos serviços de saúde, ações sociais e intersetoriais. Essas ações almejam promover autonomia do ser humano que vive a doença mental, corresponsabilização pelo tratamento entre pacientes e profissionais de saúde, cidadania e principalmente a não replicação da lógica manicomial, que não é determinada apenas pelo local de tratamento (ELY et. al., 2014).

A lei da Reforma Psiquiátrica não exprime a proibição da internação psiquiátrica, mas salienta o esgotar de outras possibilidades terapêuticas extra-hospitalares (BRASIL, 2001). Nesse sentido, a internação psiquiátrica somente deveria ter indicação médica, quando está a se configurar a melhor indicação clínica para o ser humano em dado momento. Logo, o hospital com a internação em leitos gerais faz parte da linha de cuidado em saúde mental em uma rede de saúde na lógica terapêutica não manicomial. Porém, faz-se necessário investir em promoção de vida e prevenção de crises psiquiátricas para evitar que o paciente necessite de um tratamento fora do seu território (FURLAN; RIBEIRO, 2011)

Os discursos do *homem no mar* revelam o mundo da internação psiquiátrica pela sensação de isolamento e aprisionamento do seu corpo pelos muros institucionais. Como se estivesse preso o seu pé a uma rede de um pescador, a qual não faz parte naturalmente daquela natureza, mas que pode pertencer ao cenário, desmotivando, por vezes, a sensação de liberdade e entusiasmo do desbravador em sua aventura. Eis a interação psiquiátrica como mundo da doença mental (MERLEAU-PONTY, 2011).

Faz um mês e 11 dias é bem puxado, é muito tenso, sabe, e isso aí eu me queixo todos os dias, é muito tenso aqui dentro. Se não é vocês aqui dentro, eu acho que eu tinha pirado já. (H2)

O dia a dia aqui é terrível, não é bom ficar trancada aqui (silêncio). Esses psicólogos só vêm estudar a gente, aí vem um morcego (se refere ao exame de sangue, mostrando os braços), aí te tiram sangue, sangue. Assim, tu passa o dia, as 24 horas. Meus braços tudo roxo, tudo roxo, que eu estou que não aguento mais, não aguento mais. [...] Eu não aguento mais estar aqui. Está sendo uma tortura pra mim [...] É mesmo, eu tenho que ir embora e o médico não me deu outro atestado pra

mim ir embora. [...] quero paz e descanso. Só isso que eu quero. Paz e descanso. Mas aqui eu já descansei demais, está na hora de eu sair. Agora está um ventinho bem bom aqui (olha para as janelas). (H5)

Aqui não é que seja ruim, o problema é você ficar preso. Você não pode sair, o cigarro é dois por vez, acostumado a fumar uma carteira, você tem que fumar dois e deixar, esperar a próxima hora de novo. Saudades dos meus filhos [...] aqui o isolamento que é terrível. Você fica isolado de tudo (olha pela janela) você fica vivendo essa vidinha aqui, comendo, dormindo, acordando, tomando remédio, eu acharia melhor um tratamento fora daqui. [...] Está terrível, terrível, terrível, vir pra cá. Sem saber quando é que vai embora, mas eu sei que um dia eu vou. Não sei quando. Agora comecei meu tratamento. Não sei quanto tempo o médico vai me deixar aqui. Espero que seja pouco tempo. (H6)

Eu me sinto isolada. Trancada. Presa (arregala os olhos). Ruim estar aqui, a gente não pode sair pra fora. Às vezes, a gente sai (suspira) [...] eles tratam a gente bem, mas não é como estar lá fora. Lá fora você sabe se virar. O dia a dia aqui é tranquilo, tranquilo. Não tem nada para fazer. (H9)

Me trouxeram faz tempo, mas não sei te dizer como é aqui. É isso que você vê. A gente toma remédio. Ele desce direitinho aqui (aponta pra garganta). Eu sempre tive que tomar remédio desde criança, porque nasci com a cabeça quebrada. (H10)

O ser humano nasce no mundo e do mundo. Este já existe quando ele nasce, mas nunca está totalmente constituído, como o *homem no mar*. O mar já existe, porém, em cada maré, em cada quebrar das ondas, há alteração da paisagem. Assim como o próprio mar é reconstruído pelo movimento do ser humano, pela sua expressão corporal manifesta no gesto do nadar, o que denota o novo mundo, em um processo inacabado. Logo, o ser humano nasce motivado a descobrir o mundo em um campo de possibilidades. Mas, ao mesmo tempo, é limitado por esse mundo numa relação ambígua de coexistência (MERLEAU-PONTY, 2011; JUNIOR, 2013).

Não é determinismo, nem mesmo escolha absoluta, pois há relação de coexistência do ser humano entre as *coisas*, que solicita determinação externa e de uma consciência que não pode ser pura. O ser humano coexiste nesse emaranhado de coisas e os outros, o que torna a ideia de liberdade absoluta ligada a uma situação, pois ele é uma estrutura psicológica e histórica. Estando no mundo, há uma estrutura do seu existir, em que somente assumindo a sua posição social e natural é que o ser humano poderá se libertar. Logo, quando ele entra no mar, recebe a ideia de que algo necessita realizar para existir nesse mundo. Pelo fato de reconhecer e assumir essa posição, poder, diante dessa situação de estar no mar, significar e refletir suas ações nesse mundo e se libertar (MERLEAU-PONTY, 2011).

Ao passo que se percebe como *homem no mar*, reconhecer e assumir essa posição, poderá, diante dessa situação de estar no mar, expressar suas ações nesse mundo e se libertar em seu jeito de nadar, em uma liberdade de criação em que se constitui o novo significado.

Sendo assim, a liberdade é uma conquista que se constitui pela ação do ser humano na situação vivenciada (MERLEAU-PONTY, 2011).

Não necessariamente temos que conhecer a subjetividade de cada ser, na relação terapêutica, mas, por ser o outro um ser humano corporificado e em sua temporalidade, há a empatia pelo outro, e a abertura da possibilidade de esse outro vir a ser o ser humano livre diante da situação vivenciada e acolhida. Não tenho como presumir se estou presente para o outro, como observador da cena em questão, mas poderei estar se fizer parte dessa experiência, como aponta Braga (2005, p.272): *“É apenas a imagem de um homem, e eu não poderia saber sua idade, nem sua cor, nem os traços de sua cara. Estou solidário com ele, e espero que ele esteja comigo”*.

Nesse contexto, no mundo da doença mental, há a necessidade de os profissionais da saúde realizarem efetivamente os preceitos e diretrizes da política nacional de saúde mental, na proposta de acolhimento e vínculo, no que tange à escuta sensível e qualificada do ser humano de possibilidades, de desejos e escolhas, como forma de tratamento e do seu jeito de escrever a sua história de vida (BRASIL, 2001). Caso contrário, estamos replicando a lógica manicomial disfarçada por outros setores sociais, que não somente da própria internação psiquiátrica, quando efetiva o manicômio na vontade e desejos dos profissionais de saúde, mascarada pelo discurso justificado por aquilo que é melhor para o ser humano que vive a doença mental.

Como, por exemplo, na mascarada ideia de autonomia na conformação dos PTS embasada apenas pelo leque de possibilidades dos profissionais, e não do ser humano como fonte do seu desejo, como forma de tratamento e promoção de vida. Destacando que a construção do PTS é realizada conjuntamente com o ser humano que vive a doença mental, o que propicia o resgate de sua história e potencializa sua autonomia (FURTADO et. al, 2012).

Com isso, almeja-se que o ser humano escreva sua própria história, valorizando sua singularidade e perspectivas diante de suas potencialidades terapêuticas e produção de vida. O profissional de saúde é um facilitador na construção do PTS, conjuntamente com o usuário e família, buscando a garantia de acesso aos serviços de saúde, ao atendimento multiprofissional, à medicação, aos espaços sociais e à possibilidade de adaptação do cotidiano (BARROS; JORGE, 2010). Nesse sentido, urge o questionamento como linha de cuidado do Estado do Rio Grande do sul, denominada Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas: “O cuidado que preciso”, mas qual o cuidado que eu preciso Quem é esse “eu”? *O que preciso?* (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

*O homem no mar* vai perdendo o movimento natural das ondas, da expressão do gesto

do nadar, quando acorrentou seu pé a uma rede de pescadores, a qual sugestiona seu rumo, mas ainda há seus desejos e sua consciência de ser no mundo. Um mundo em *si e para si* (MERLEAU-PONTY, 2011). Mas como ser um corpo expressivo? Como se posicionar em relação à terapêutica da doença mental, em meio a um mundo social, cultural, uma política de saúde mental e profissionais de saúde que sugestionam *coisas*? Como dar voz à consciência do ser, que se move ao mundo pelo seu corpo, sendo seu meio de desejos e escolhas?

O ser humano vive um misto de sensações e está aberto a um mundo que sugere *coisas* em um modo objetivo e científico, norteia o modo de nadar, o modo terapêutico. Mas, apenas o vivido carrega o real significado da consciência. Libertar pelo significado do vivido é encorajar o ser humano a realmente se permitir a viver como pessoa de *vontades* e escolhas, expresso pelo ato de se comunicar com o mundo (MERLEAU-PONTY, 2011).

O ser e o nada é uma contradição não exposta na oposição. Como o movimento das ondas do mar, permeada pela temporalidade de um ser ora ativo, ora passivo; ora objetivo, ora subjetivo; engajado às coisas externas e ora uma pessoa de vontade e desejos; ora preso ao pé pela rede do pescador em uma ideia segura e ao mesmo tempo sufocante, que norteia o nado por certezas do conhecimento científico e, por vezes, pelo poder do saber profissional e institucional.

Ora o nadar é surpreendido pelas incertezas do rumo, espanto e encantamento pela possibilidade do falar de si e na possibilidade da liberdade pela escolha na situação vivida, em um mundo que é motivo de identificação e estranheza, no qual habita. Às vezes, se permite viver em um mundo desconhecido. Revela medo e coragem para encarar a aventura e desbravar a paisagem. O *homem no mar* se mostra em perspectivas daquilo em que intenciona se mostrar. Eis a liberdade, que grita na situação de um mundo inacabado, num emaranhado de fios de intencionalidade da existência humana (MERLEAU-PONTY, 2011).

O discurso do *homem no mar* refere a doença mental vivenciada na internação psiquiátrica como um sentimento de despersonalização diante do mundo da loucura. Há questionamentos do reconhecimento de si diante da doença mental, como sujeito *do e no mundo* nessa relação de coexistência; da significação do ser humano que se reconhece em seu estado psiquiátrico e designa o hospital nesse dado momento como um lugar que desenvolve sua empatia pelo reconhecimento do sentir-se em casa em um meio amigável; e, no questionamento como identificação do ser humano pela retirada da sua documentação, como nome propriamente dito, de direitos e cidadania.

Para mim está sendo muito difícil porque o meu jeito mudou. Eu não sei se é as

medicações. Mas tem horas, tem horas, assim, que eu fico lenta, lenta. Caminho assim (estende os braços para a frente e balança as mãos), parece uma pasmada da geadá. Não sei se é a doença que tem causado isso. Mas está sendo muito difícil pra mim de aceitar e de eu conviver com uma doença assim. Ainda mais que as pessoas, que a doutora comentou com a minha mãe que não tem cura. E é isso que é brabo. E eu fico toda errada, toda estranha, tudo estranho. E eu estou procurando me ajudar, ficar na balança (gesticula com a mão algo como equilíbrio), na balança por mais que as medicações ajudam. Mas eu também assim, procuro me ajudar. Mas eu tenho vontade de voltar a ser como, a ser alegre de novo, de ser feliz sem estar abafando. Eu acho falta disso! E eu sabendo que eu não posso mais ser daquele jeito que eu era, que aquilo ali era uma doença. Então, eu não posso ser mais. Então, eu fico meio oprimida, meio triste, mas o que eu posso fazer? Então, ou eu peço ajuda ou então eu penso em outra coisa. Nas árvores, no mar, no céu, saio um pouco até passar isso. É assim! Não é fácil! Quando vem, assim um desejo de, sei lá, de morrer [...]. Aí ia terminar tudo. Eu não morri, mas assim, estou com a doença. Não sei se a morte ia ser melhor ou conviver com a doença. (H2)

Ai (respira fundo), como sempre, mas bem melhor que a última vez. Ah (fala arrastada, fica pensativa), bem melhor que a última vez, é porque, não sei, me senti em casa dessa vez. Estou em casa. Eu me sinto em casa aqui. (H4)

Dizem que eu não respondo por mim. Mas eu respondo por mim. Mas quando minha mãe e minha tia me internaram aqui, elas pegaram o meu documento e o meu nome [...]. Um ano, ninguém me ouve, ninguém me ouve. Eu falo as coisas e ninguém me ouve, ninguém me respeita. Minha mãe não cuida de mim (expressão de brava). Ela só me soca aqui dentro. Ela só sabe me socar aqui dentro. Eu sei que me largam aqui, me largam aqui que nem um cachorro e dizem: “Ó, fica aqui e tchau pra ti.”. Tudo bem. Mas, eu não quero ficar aqui. Tem pacientes novo e tem que dar lugar pra eles (gargalhada). Tomara que essa semana eu saia daqui. Ah, vou! (H5)

O ser humano percebe a doença mental como parte do seu mundo, quando essa influencia seu comportamento no cotidiano e motiva sensações pelo seu corpo. Sendo assim, além do fato de o ser humano estar vivenciando a internação psiquiátrica e as rotinas hospitalares, os discursos do *homem no mar* remetem às dificuldades de conviver com a própria doença mental. Muitas vezes, ela mantém refém o ser humano pelo não controle do corpo e seus impulsos diante dos sinais e sintomas, formas de tratamento e aprisionamento social, intelectual, institucional e do próprio paciente.

O corpo reflete esse mundo, quando incorpora as grades da lógica manicomial pela própria doença, reduzindo as percepções de si diante de um quadro patológico de culpabilização, de não controle dos seus atos frente à crise psiquiátrica e impulsos do processo corporal. Sendo assim, o ser humano vivencia o mundo da doença mental pelas marcas sentidas e vividas pelo seu corpo, muitas vezes, na identificação apenas no seu plano físico. Contudo, nosso corpo é nosso meio expressivo no mundo, revelador da subjetividade, pois “sou o meu corpo emaranhado em um dado mundo”, no qual há sentido pela existencialidade do meu vivido (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 122).

O corpo não é somente um sistema de órgãos anatômicos e fisiológicos. Para o

filósofo, o corpo é o vivido, que transcende o fisiológico e carrega marcas das suas experiências e significados diante do mundo vida. Indagar sobre ele é questionar a própria existência do ser e a relação que esse corpo mantém com o mundo. O ser humano necessita experienciar o mundo, antes de conhecê-lo para abrir o leque de possibilidades e apreender os seus significados. E, se for o caso, ampliar *hábitos* para a compreensão de um mundo, que não é somente seu, mas comum às experiências da vida humana (MERLEAU-PONTY, 2011).

Nesse contexto, o ser humano necessita experienciar o mundo da doença mental para conhecê-la e libertar seu corpo pelo significado desse vivido. O mundo da doença mental existe para o ser humano sendo, por vezes, limitador da sua própria experiência como ser (MERLEAU-PONTY, 2011; FREITAS et al., 2013).

Os discursos do *homem no mar* apontam metaforicamente como se a rede do pescador envolvesse todo o seu corpo, o isolando de si, sufocando seu ser, como fonte de desejos. Envolve o ser humano que vive a doença mental por uma teia de intencionalidade do pescador, da própria matéria que é feita a rede e do ser humano que vive a doença mental por ainda continuar isolado de si.

O pescador compreende os profissionais de saúde, quando não oportunizam efetivamente o aprender significados pela vivência do próprio ser humano. A matéria da rede se constitui pela forma de tratamento, diversas vezes, imposta ou disfarçada do que “for melhor” cientificamente no quadro clínico para o paciente. O ser humano é sentido como isolado de si, quando incorpora as experiências desse mundo, por um tom de sentir-se seguro das certezas do profissional, retirando de si a responsabilidade de escolhas diante do seu mundo vida.

É necessário o ser humano encarar a sua posição diante da sua existência, em um movimento libertador diante da própria doença mental. Assumir o seu papel social como um ser humano que possui uma doença mental, mas que não se resume a ela. A possibilidade de ser um ser humano que tem autonomia de escolha diante de um leque de possibilidades terapêuticas, viver a sua vida e ter a coragem de despedaçar a rede do pescador, quando essa apenas o aprisiona. Lembrando que não oportunizar possibilidades de tratamento também é uma forma de isolar e excluir o ser humano de si, por simplesmente não oportunizar formas de melhora terapêutica. Logo, aprender as experiências pelo seu corpo e significá-las, tecendo fios de corresponsabilização terapêutica e sentidos de vida e de mundo (MERLEAU-PONTY, 2011).

Para tanto, faz necessário reconhecer-se diante de si e se projetar ao mundo pelo seu corpo, pela sua subjetividade. A situação presume um significado como consciência em um

movimento libertador, no processo de construção e reconstrução diante de si, do outro e do próprio mundo da doença mental, que faz parte do seu mundo, mas não pode ser o próprio mundo. Assim, *se meu mundo é meu corpo*, meu corpo não pode ser a doença mental, pois ela não constitui apenas o meu mundo (MERLEAU-PONTY, 2011).

Eu tenho 59 anos tentando, girando, remando, remando, remando. Rema para o lado, rema pro outro (gesticula com a cabeça e mãos). Você anda. Você tenta. Você investe. E, de repente, você vê, assim, que nada acontece. Que não é aquilo ali, que o teu objetivo é maior, que a tua busca é bem maior, que essa aí. (H1)

[...] nunca vão enxergar dentro da cabeça da gente. É uma coisa que não enxerga. É uma coisa que tu tem de mais, ou uma coisa que tu tem de menos. E no cérebro assim é pior ainda, porque ou tu pode ouvir e mais, ou é mudo, tu enxerga e aí tu já tem um os sensores a mais e o outro a menos. E o cérebro eu calculo que é assim. Então, aquilo que a gente tem menos. Então, eles poderiam respeitar a gente, assim como a gente respeita eles. Olha, os dias que eu fiquei sem a minha cabeça, eu pensei que, eu fiquei numa confusão (balança a cabeça como seria a confusão), sabe, que eu pensei que não iria mais voltar ao normal. Tu não vê a doença mental, tu sente isso. (H4)

Eu enxergo, como te disse, uma coisa ruim, que foge do controle da gente, uma coisa incontrolável. Se a pessoa pudesse controlar, mas não controla. Não tem controle sobre isso. Eu queria que eu tivesse, mas não tem. (H6)

Mas, quando eu parei aqui eu estava bem atordoada. Eu enxergava espírito, enxergava coisa, enxergava tudo, tudo [...] E eu estava com meu coração, assim, ó, batendo assim (bate contra o peito rápido), e doía, mas diz que coração não dói, mas doía meu coração (abaixa o tom de voz). E não me fizeram ultrassom, não me fizeram nada. Só pegaram e enfiaram a agulha e injetaram, enfiaram a agulha aqui e tiraram meu sangue. Claro, pra ver o lítio (franze a testa), e estão me dando remédio demais. Mas, fazer o quê (silêncio)? Eu não cheguei a ficar louca como uma vez que eu tive que vim. Aquela vez, eu estava (suspira) uma gritaria. Dessa vez, eu também gritei, mas não foi grito assim de, foi de desabafo, eu acho. Todas as pessoas, eu acho, que têm uma coisa, só que elas não saem gritar na rua. Eu não, se eu tiver que gritar na rua, eu grito (sorri). E olham, vai dizer: “Aquela lá é uma “piradona!”. Aí grito, porque me dói, dói meu corpo. Agora eu não sinto mais nada. Estou bem, estou bem. [...] Eu mesmo, no caso, que tenho essa doença, essa doença tem que tomar remédio que parece que tu tá drogada. Aqui, ó (mostra a cabeça), tá louca, parece uma drogada. Eu já vi um drogado. Coisa mais horrível de ver, os olhos estralados assim (faz círculos redondos com as mãos), ah, tá louco, por isso que eu odeio os remédios. Eu parecia uma drogada na rua. Imagina! Sendo que eu não uso drogas. Eu só tomo remédio. Fico com cara de louca. (H5)

E eu caminhando normalmente lá e ele me parou e me perguntou: “O que você tem?”. Eu disse que estava me doendo tudo. Ele me pediu se eu uso drogas? E eu disse: é claro que não, eu não uso drogas. E aquilo era um choque tão grande que eu me levantava e continuava caminhando. Eu levei um susto porque eu queria me controlar e eu não conseguia. E as palavras iam saindo, saindo. E eu apavorada. Eu queria me controlar, mas eu não conseguia. (H7)

Hoje, não estou bem. Mas todos os meus exames foram bons, minhas pressão, todas boas, meu batimento cardíaco muito bom, meu fígado muito bom. E isso, que eu bebia bastante, fumo dois cigarros que me dão por limites. Sei que tem que seguir regras, às vezes eu, esses tempos eu ultrapassei as regras. (H8)

Eu tenho a cabeça quebrada, assim como as costas (aponta para coluna vertebral na

região lombar). Desde criança eu tenho a cabeça quebrada. É quando eu fico brabo eu bato (faz menção de soco com as mãos). (H10)

Quando a vivência da internação psiquiátrica terminar, ficará para o ser humano que vive a doença mental o significado apreendido dessa experiência. Nessa visão prospectiva de mundo, o *homem no mar* apreende a internação psiquiátrica ora como uma experiência dolorosa, com marcas para seu corpo físico, suas lembranças e desejos de vida; ora como uma oportunidade de maturidade frente ao seu tratamento; ora pela identificação com o outro na difícil aceitação de um tratamento diante do processo saúde/doença.

A experiência observada pela pesquisadora da paisagem, das modificações do *homem no mar*, está em um movimento de um mundo em construção. A internação psiquiátrica vai se tornando um passado, como experiência apreendida pela observadora com o outro, em um significado global da modificação da paisagem, do gesto do *homem no mar*, e pela própria possibilidade *de um outro ser eu mesma*.

O gesto do *homem no mar* não é apenas um nadar e transformar o mundo em que habita, mas é, sobretudo, uma posição diante do mundo, diante do seu modo de viver. Os instantes compartilhados pela verdade humana tornam a pesquisadora como admiradora do *homem no mar*, que, pela empatia causada expressa pela linguagem, o fixa no tempo. Já se sente responsável por ele até um futuro breve, pois o fato de ele não estar mais em sua presença não refere que não lembre, pense e deseje que o outro se liberte pelo seu desejo de *vir a ser um outro homem no mar* (MERLEAU-PONTY, 2011).

*Que ele atinja o telhado vermelho, e então eu poderei sair da varanda tranquilo, pensando — "vi um homem sozinho, nadando no mar; quando o vi ele já estava nadando; acompanhei-o com atenção durante todo o tempo, e testemunho que ele nadou sempre com firmeza e correção; esperei que ele atingisse um telhado vermelho, e ele o atingiu" (BRAGA, 2005, p.272)*

Nossa experiência de vida pressupõe tudo aquilo que me permito a viver, não sendo algo que meramente apenas observo, mas o que decidi, escolhi realizar, pois sou um ser humano de *vontades*, me manifesto pela *linguagem* e o *corpo* é o veículo da expressão. O ser humano reconhece a si, como posse dos seus atos e, então, está diante da reflexão da sua maneira de ser no mundo. Cada ser humano tem uma relação especial com o seu corpo, que o torna próprio, e passa a identificar o ser humano pela predicação que também pode ser atribuída (MERLEAU-PONTY, 2011).

No movimento da consciência do *homem no mar* é possível compartilhar o mesmo



mundo, vivenciam uma experiência em conjunto, como, por exemplo, a internação psiquiátrica por uma doença mental. Ao passo que cada sujeito reconhece o seu corpo como próprio e responsável pelos seus atos, como uma ação no mundo, há o reconhecimento de si, como o ser humano de vontades. Logo, por mais que compartilhem o mundo da internação psiquiátrica, a experiência é única e singular para o corpo próprio, que reconhece a si, o que possibilita ao *homem no mar* ter uma visão de mundo e do outro homem a partir de si, da sua perspectiva de vida e maneira de ser no mundo e significá-los (MERLEAU-PONTY, 2011).

A única coisa que eu quero é trabalhar, arrumar um emprego, trabalhar, porque (pausa) aqui é um lugar atormentado (fala com muita expressividade com raiva), aqui tem muita coisa que Deus duvida. [...]. Atada eu já fui aqui. Eu me lembro muita coisa ruim aqui também. Atada, pra me conter assim (mostra os pulsos), atada, humilhada. Dessa vez eu entrei aqui e até tive que ganhar umas agulhadas, de tão transtornada que eu estava. [...] quero me esquecer que existe esse hospital [...] Eu me sinto bem (fala arrastada), bem dopada. Estou ainda no hospital dopada. Estou dopada [...] Eu me cuido em casa, quando me sinto meio mal comigo, faço atividade física, eu vou lá num campo que tem perto de casa e lá tem esses aparelhos que tem aqui, lá eu exercito nos aparelhos, eu fico sentada nas árvores, exercito um pouco só, porque eu não preciso muito (sorri), e vou lá embaixo da árvore, fico lá sentada e pego aquele ar puro assim. (H5)

Muito difícil, quando você não aceita o tratamento, torna-se mais difícil. Porque, quando tu toma o remédio e vê que é necessário, parece que desce mais leve, e quando é assim, você é contra, aí ele encrena na garganta (sorri), coisa triste. É horrível, é gozado, porque eu tive esse problema com a minha mãe. Por exemplo, quando a minha mãe começou, que ela estava com 78 anos, ela começou a se recusar de tomar os remédios, e eu dizia: Não, mãe, tem que tomar, mãe, graças a Deus nós podemos pagar. A senhora pode pagar o remédio, pode conseguir, a senhora tem essa chance de poder tomar o remédio. E ela não queria aceitar, e agora eu estou no mesmo ponto (ri euforicamente). (H7)

E é claro que eu estou louco pra ir embora, mas não é assim. Eu vejo assim, eu estou louco pra ir embora. Amanhã, se eu tiver alta, eu não vou embora, porque no meu tratamento eu estou imaturo. Porque, se tu ficar compulsivo e querer sair amanhã, você vai cometer o mesmo erro daqui uns anos, ou até daqui 2, 10 dias, e você vai voltar de novo. E você vai tomar mais um monte de porcaria, e de repente o teu rim já vai funcionar errado, o teu fígado já vai dar uma “eme”, então a gente tem que sair daqui bem. [...] Não quero sair espontaneamente, não porque eu quero sair porque eu não aguento (imita outros pacientes), sim tem horas que tu não aguenta, mas aí tem que ter o bom senso, teu autocontrole que é isso que eu preciso. Então pra mim está sendo útil. (H8)

Sendo assim, o mundo da internação psiquiátrica é vivenciado por um misto de sensações ao corpo próprio em meio à temporalidade da existência humana. Ora por um sentimento de isolamento e aprisionamento do seu corpo pelos muros institucionais; ora pelo sentimento de empatia com o local, de identificação como o movimento de voltar para casa, pois nesse dado momento o mundo da internação estaria acolhendo esse ser humano num sentimento interpretado por amigável; ora vivenciado por sentimentos e lembranças de

momentos terríveis, com marcas pelo corpo físico sob a forma de tratamento (injeções, contenções mecânicas, poder da fala do profissional); ora pela possibilidade de ressignificar a internação como um processo de amadurecimento frente ao seu tratamento.

A consciência do momento traz pela expressão do corpo próprio a experiência do vivido, que será única e singular, por mais que haja compartilhamento de experiências em um mesmo mundo. O mundo da internação psiquiátrica já existe quando cada ser humano se interna ou há alta hospitalar, sendo cada momento vivenciado como uma nova construção diante de si, e do próprio mundo. O filósofo refere que esse processo ocorre diante da temporalidade da existência humana na construção de um mundo inacabado. Cada gesto, expressão, momento compartilhado, já não mais nos pertence como sendo vivenciado, mas estará presente como uma lembrança de cada vivido de acordo com o significado atribuído de cada ser humano (MERLEAU-PONTY, 2011).

Nesse contexto, por mais que a vivência da interação psiquiátrica tenha um findar, as lembranças daquele mundo vivido pendurarão na lembrança humana, num emaranhado de significados frente ao mundo vida. Além disso, a consciência faz o movimento prospectivo na fala do ser humano, que referencia a possibilidade de encorajar seus desejos, escolhas e responsabilização de refletir frente à sua ação do homem no mundo em um movimento libertador (MERLEAU-PONTY, 2011).

Há possibilidade de o ser humano escrever sua história de vida convivendo com a doença mental, mas não se limitar a ela, e[,] sim, buscar novas possibilidades de vir a ser nesse mundo externo que também lhe sugere *coisas*. Nesse sentido, o movimento da sua consciência para significar as experiências dos momentos vividos e pela sua posição diante do mundo, sua maneira de ser expressar pelo *corpo próprio*, gritará o seu ato de *liberdade* de vida, se esse for seu desejo (MERLEAU-PONTY, 2011).

Portanto, almeja-se empoderar o ser humano que vive a doença mental, diante da sua vida e como meio terapêutico, como cidadão de direitos e autonomia. Manifestar o que realmente a linha de cuidado do Estado do Rio grande do Sul preconiza, libertar do outro o poder de escolha, e gritar ao mundo: qual o cuidado que eu preciso e promover vida. Efetivar uma lógica de tratamento não manicomial, como a Reforma Psiquiátrica preconiza, que não perpassa apenas o local de tratamento, os espaços humanos, mas principalmente a própria mente humana. Eis o desejo do ser humano que vive a doença mental que grita pela *liberdade* de poder vir a ser com sua essência, um outro eu mesmo no mundo vida.

### **5.3 O Ser na relação de ambiguidade: o movimento de *liberdade***

Para auxiliar o ser humano na convivência com suas concepções sobre o mundo ou o outro, nos remetemos à analogia de desnudar o ser humano frente ao seu preconceito diante da forma das coisas. Nesse sentido, há uma relação entre o subjetivo e o objetivo, como meio de apreender o objeto, compreendê-lo e reviver os sentidos diante do objeto e sua forma. Para tanto, o ser humano enraizado pela sua essência necessita estar aberto para compreender os significados do mundo vida, num movimento libertário diante de um mundo inacabado (MERLEAU-PONTY, 2011).

Nesse contexto, a aceitação do diagnóstico de doença mental angustia o ser humano diante de si e a preocupação com o olhar do outro. Diversas vezes, verá um objeto no qual sua forma é delineada pelo estereótipo socialmente construído do louco. Quando é baseado numa visão preconceituosa diante da normalidade social do outro, o ser humano pela sua diferença é identificado e agrupado no objeto comum como louco, insano, incapaz e alienado. Eles perdem a credibilidade humana diante do outro. Essa concepção negativista da doença mental totaliza a visão do outro e de si ao louco, o que nos remete à prisão do ser humano pelas grades constituídas por nossa mente, como expressa:

Porque tu tem que aceitar que tu tem a doença, e pior é conviver e sem falar no preconceito ali de fora de quem me conheceu. Eu espero que não percebam. Porque ali fora (do hospital) eles percebem por causa da roupa. Ontem, eu passei por ali (aponta a direção do passeio fora da unidade) e teve uma que disse: “Mas são loucos!”. E depois a outra disse bem assim: “Não, não, são loucos não.” No caso da roupa, eu acho que assim usando a roupa normal, levando uma vida normal, ninguém vai perceber, porque assim tem preconceito. Tem, aí fora tem muita gente preconceituosa. Aquela lá é louca. Olha só o jeito. Então eu tenho medo, do preconceito das pessoas. Muito preconceito de quem me conheceu. (H2)

Pois é, de começo ninguém aceita, por você passar por perturbação e por todo preconceito. A gente mesmo tem perturbação e preconceito e não se dá conta da doença. Por isso que a gente não admite a doença. Por isso que a gente não (fala arrastada), não aceita tomar o remédio. É por causa da perturbação e do preconceito que a gente mesmo tem. Não é só os que convivem com a gente e os que andam por aí pela rua. Porque as pessoas, eu penso assim, se eles, se eles soubessem o que que é isso, não assim, tipo o que isso faz a pessoa sentir, eles iriam respeitar a pessoa. Porque quase ninguém respeita a gente. No ônibus, em casa, jogam pedra na cara da gente. Eu acho assim, quem deveria respeitar a gente não respeita. (H4)

Eu entendo que é uma das piores coisas que podem acontecer, porque não te dá direito nenhum, tu não tem direito a nada. Se tu está com ela, tu não tem direito a nada. E se tu volta a melhorar, tu também não tem credibilidade nenhuma, eles podem até relevarem um pouquinho, mas sempre vão estar com desconfiança, com um pé atrás. (H7)

A doença mental é a quarta causa de afastamento do trabalho no mundo, o que

equivale a cerca de 25% da população. No Brasil, esse ser humano é assegurado pela previdência social como um direito social à vida. Porém, o afastamento temporário ou definitivo do trabalho em decorrência do sofrimento mental pode gerar o reforço do estigma, preconceito e exclusão social (MOURA, 2014).

Já que o trabalho não é somente uma fonte de renda, mas, também, de interação social, promotor de um sentido subjetivo na vida do ser humano que vive a doença mental e sua família. Sendo assim, há de se investir em uma assistência em saúde no cotidiano que promova os direitos sociais e estratégias territoriais nos espaço da comunidade, como a construção e resgate de redes de apoio ao ser humano, o que inclui assistência à saúde, aspectos sociais e sobretudo o direito à cidadania (MOURA, 2014).

Nesse contexto, o ser humano que vivencia a doença mental revela algumas perdas no seu cotidiano. Por vezes, a dificuldade de identificação do seu ser consigo em algumas ações no mundo, principalmente motivado pela sintomatologia da doença mental; perdas ou dificuldades no trabalho, nas relações interpessoais, na posição social (por exemplo, a citar: pai, filho, amigo) (FREITAS et al., 2013).

Essas perdas necessitam a elaboração do luto pelo paciente e sua família, onde (re)significar suas vivências e experiências se faz necessário por meio da escuta da história de vida pela equipe de saúde. Essa possibilidade terapêutica é um investimento em saúde, desde o redirecionamento do tratamento em saúde mental ao território do ser humano, reforçando seu vínculo social e familiar (FREITAS et al., 2013).

Sendo assim, por ser a doença mental uma patologia crônica, há de se investir no cuidado em enfermagem na perspectiva integral do ser humano em seu cotidiano. Fomentar estratégias de cuidado pela educação em saúde, em ações individuais (consulta de enfermagem) e coletivas (Grupos em saúde) empoderando o ser humano para o autocuidado, poder de escolha, vínculo e não dependência de sua equipe de referência. Logo, promover ações interdisciplinares e intersetoriais para contemplar o cuidado da linha em saúde mental na rede de saúde (ALMEIDA, 2014).

Eu não me acho uma pessoa impossibilitada, não me acho uma pessoa incapaz (e gesticula com a cabeça e as mãos no sentido negativo). Em absoluto [...] Não por isso meu próprio problema de (fala arrastada) bipolaridade. Não é carta fora do baralho [...] mas hoje estou aqui, minha doença me afasta das pessoas, da minha casa e de seguir minhas vontades. (H1)

Eu tinha um emprego bom que eu tive que largar. Tinha um sonho de estudar, eu também tive que largar tudo isso por causa da doença pelo qual eu não sabia que tinha. (H2)

Mas eu não aguento, é insuportável (retoma a palavra) passar por esquizofrênica, porque todo mundo não dá mais crédito pra mim [...]. E meu irmão fala horrores, que não sabe como se livrar de mim, porque eu sou o problema de dentro de casa. (H3)

São bom pra mim, mas a minha doença que me afasta deles. Eles têm preconceito, me chamam de louca, é ruim ter preconceito (esfrega a mão contra as calças a nível do joelho) um dia teu familiares vão se cansar de ti. (H5)

A doença mental, eu penso que é uma coisa ruim, que tira a gente do sério. Te retira do convívio das pessoas, tu deixa de ser, como a minha mulher me disse, porque ela se separou de mim, ela me disse que eu deixei de ser o homem que eu era em função da doença. Isso mexeu muito comigo (enche os olhos de lágrimas). O meu dia a dia é solitário, tu fica sozinho em casa, ficava com meu guri mais pequeno, nem isso eu fico mais. Agora, eu fico sozinho em casa. Não tenho ninguém pra conversar. Eu não tenho nenhum amigo que eu digo que eu possa ir visitar. Esse tipo de coisa assim. Me sinto muito solitário (coloca as mãos nos olhos, secando as lágrimas para não escorrer). [...] eu gostava, eu trabalhava como açougueiro, não pude mais fazer mais nada, não pude mais lidar com faca, com nada, me proibiram. Não pude ter mais minha moto que eu tinha. Tive que vender. Não pude mais dirigir ela. E assim foi tudo por água abaixo. Tal que afetou até o meu casamento. (H6)

Todo ser humano tem uma relação de ambiguidade em sua existência no mundo. O homem demonstra sua intencionalidade no mundo em suas ações práticas e perceptivas diante dos objetos, que, por sua vez, revelam-se anteriores e posteriores a essa experiência humana. Porém, esse revelar-se do objeto só ocorre pela motivação do pensamento e vontade do ser humano. Além disso, existimos na relação com o outro. A ambiguidade permeia a relação consigo e com o outro na mistura do discurso e da contradição, pois eu me percebo diante do outro encarnado, e o outro se percebe diante de mim. Nessa relação de coexistência me materializo como marcas do meu corpo vivido investindo no meu campo habitual. Percebo-me e sou percebida como um ser existencial diante do mundo inacabado de descobertas e significações singulares (MERLEAU-PONTY, 2011).

Nesse sentido, o ser humano que vivencia a doença mental manifesta em corpo vivido o desejo da normalidade percebida no outro. Por vezes, incorpora ao seu campo habitual o discurso do outro, de como viver, de como se comportar e dos hábitos sociais aceitáveis. Estamos diante da normatização da vida para ser percebida como fruto da *normalidade humana*? Talvez. Nos deparamos com o “mundo da loucura” sendo percebido e suas ações instigadas ao ato de pensar; enquanto a normalidade humana morre na praia lentamente sem aproveitar e visualizar a paisagem, sem sentir a brisa do mar, sem curtir cada movimento das ondas em seu corpo e do seu corpo no mar. Estamos diante de hábitos sociais aceitos e não mais refletidos, novamente do *hábito*, como refere Ponty. E, em termos da política pública de saúde e do cuidar de enfermagem, estamos “*habitados*” pela normalidade humana?

[...] não está sendo fácil, sabe, porque eu queria ser uma pessoa normal, sabe, assim como tu, como ele, que nem tudo mundo. Acho que o melhor é viver se cuidando, né. É o que diz o fulano (profissional da saúde), que tem como tu viver uma vida normal, mas que você tem que fazer o tratamento direitinho, né, aí tu vive, leva tua vida normal. Viver da maneira, não mais (ênfatisa a voz) da maneira como eu estava vivendo, daquele jeito, mas viver (abaixo o tom de voz). Como eu vou te dizer? Estar em paz. Como eu vou te explicar? Normal assim. Estar em paz, ter alegria, mas não aquela [...] Mas assim, estar em paz contigo mesmo, com o teu próximo. Ter um trabalho, estudar, ter uma família, ter um namorado. E assim. Fazer assim, como tudo mundo faz. E lutar pela vida. (H2)

O normal é fazer o que eu fazia (boceja), é ir lá ver o fulaninho (neto), cuidar dele enquanto eles estavam trabalhando. Isso seria o normal pra mim na minha vida. Cuidar do fulano (filho) um pouquinho. Cuidar de mim. Acho que isso já é o normal. Vir aqui nos médicos, ir no dentista. Acho que isso já é o normal. (H4)

Eu queria uma vida normal só. Recuperar uma vida como eu era antes, eu trabalhava, tudo, no fim me aposentei, não pude mais fazer o que eu gostava (H6)

A minha vida até agora foi maravilhosa. Tem altos e baixos, tem, isso aí todo mundo tem. Por que eu não vou ter? É uma coisa normal! Isso é a vida! (H8)

A liberdade na existência humana é uma conquista da ação do homem no mundo diante de uma determinada situação. Não há uma liberdade e nem determinismo pleno, pois não somos *coisas* em um mundo determinado. Nascemos livres em um mundo que está aberto às possibilidades do que desejamos; contudo, esse mesmo mundo já existente, com sua essência, suas amarras, mas está em um constante movimento de construção, o que permite o desejo de liberdade. Sendo assim, o ser humano necessita se constituir nesse mundo, o qual influenciará seus desejos e escolhas pelos aspectos sociais, culturais, geográficos, e que podem impor limites à sua liberdade (MERLEAU-PONTY, 2011; JUNIOR, 2013).

A liberdade advém do desejo de ser livre. Sendo assim, necessito me questionar em que situação desejo ser livre. Além disso, a força desse desejo não está ligada aos motivos. Esses pautam nossas justificativas, que geralmente nos paralisam diante dos nossos reais desejos. Logo, o maior ato de liberdade prevê a escuta dos reais desejos do ser humano em uma dada situação (MERLEAU-PONTY, 2011; JUNIOR, 2013). E, como Braga (2005, p. 272) aponta:

*Agora não sou mais responsável por ele; cumpri o meu dever, e ele cumpriu o seu. Admiro-o. Não consigo saber em que reside, para mim, a grandeza de sua tarefa; ele não estava fazendo nenhum gesto a favor de alguém, nem construindo algo de útil; mas certamente fazia uma coisa bela, e a fazia de um modo puro e viril.*

Nessa perspectiva, a grandeza da cena é a marca expressa pela apreensão de um movimento no instante, até então do gesto natural e cotidiano de nadar, mas que causou

empatia e admiração do observador diante de um aparente estranho. Esse momento belo da percepção da alteração da paisagem diante do observador, e do próprio observador diante da cena, sem indagações diante do gesto do outro, mas que instigam o significado da vivência e as marcas corporais no mundo se materializam. A empatia desperta a corresponsabilidade com o outro. Portanto, mesmo não estando mais em sua presença, o observador ainda se sente responsável pelo outro, pelo significado que emergiu desse encontro intersubjetivo entre dois seres humanos (MERLEAU-PONTY, 2011; NEVES, 2013).

O significado de sentir-se responsável pelo outro mesmo não estando em sua presença no mundo terapêutico pode ser compreendido pela transferência de cuidado entre a linha de cuidado em saúde mental, onde possa ocorrer a comunicação entre as equipes de referência e os apoiadores matriciais. Como enfermeiros inseridos em uma equipe de saúde e formadores de opinião pública frente à temática da saúde, temos o propósito de apresentar por meio da educação em saúde as possibilidades terapêuticas naquele momento para o ser humano, motivando a corresponsabilidade pelo cuidado.

O ser humano empoderado de sua situação de saúde manifestará seu desejo frente ao seu tratamento e possibilidades de vida. Sendo assim, não libertamos os pacientes quando ocorre a alta da internação psiquiátrica, mas, sobretudo, podemos possibilitar que eles conquistem sua liberdade pela escuta do seu desejo como ser no mundo.

Eu sempre digo: a gente nasceu num país livre e a gente tem liberdade de fazer aquilo que quer. Sendo bem feito, com todo o carinho, tudo vale [...] mas cadê meu cáique pra mim navegar? (H1)

Só que é diferente aqui do mundo lá fora. Lá tu tem liberdade, mas aqui dentro (internação) a gente não tem. Bom, não tem, né, porque é um hospital, né. A liberdade... pra mim é poder, tu poder fazer o que a gente gosta. Passear, conversar com os amigos, tomar uma cerveja, sei lá, sabe... sair, namorar. [...] Então, liberdade assim é tu poder ser livre, sair, namorar, passear, ser livre, fazer aquilo que tu gosta [...] E é isso liberdade que eu sinto assim. (H2)

Eu posso até estudar de novo, se eu quiser, mas eu não quero, tudo aquilo que pode, eu não faço, sou muito prisioneira também em casa, eu não ando muito na rua, não saio, fico em casa, fico olhando a novela, vou pra casa do namorado. (H5)

Lá fora vai ser melhor (internação), tu tem tua liberdade de ir e vir. Pra ir e vir onde você quiser, vai ser melhor. Vou procurar mudar, vou procurar ter contato com mais pessoas. Eu gostava de jogar futebol. Mas nem isso eu faço mais (abaixa o tom de voz e olha pra baixo). (H6)

Eu tenho que ficar sozinha na minha casa. Não que eles (tios) não queiram que eu vá morar na casa deles. É que eu tenho mais liberdade, por exemplo, pra assistir uma televisão, pra mim ler um livro, não é por causa de homem [...]. Ninguém, então, quer dizer que é mais liberdade (continua a soluçar). (H7)

A doença mental te tira bastante a tua liberdade. E tu aprende um pouco mais sobre a vida. (H8)

Sendo assim, somos seres ambíguos na nossa existência no mundo. Em se tratando do ser humano que vive a doença mental, há a relação de ambiguidade entre o desejo da normalidade do outro com a identificação do mundo da loucura constituído pelo outro; do preconceito e hábitos sociais aceitos com o movimento dos seus desejos em prol do movimento de liberdade; das grades institucionais e das constituídas pela mente humana; da relação do tratamento, muitas vezes, imposto pela certeza do saber científico, e do tratamento preconizado pela política de atenção em saúde mental. Qual é o espaço para a escuta do real desejo terapêutico do ser humano para sua vida?

Nessa perspectiva, observa-se que o ser humano se prende em sua própria doença, onde suas ações refletem o mundo da loucura em seu cotidiano. Há de se trabalhar os significados para sua vivência, suas concepções de vida, suas perdas, apoiar no elaborar dos lutos diários e comemorar suas conquistas terapêuticas e desejos de vida. É possível instigar o ser humano para as possibilidades terapêuticas, mas, primeiramente, os profissionais da saúde necessitam abrir suas mentes para o reinventar-se do ser humano no mundo. Logo, o maior ato de liberdade frente ao mundo da doença mental é se libertar das grades e amarras da própria doença.



## 6 APROPRIAÇÃO: DESAFIO DA LIBERDADE NO MOVIMENTO DAS ONDAS DO MAR

*Só que você não se toca na hora. E é tentado pela a grana arriscar. Miséria e oportunidade, sua liberdade. Abriu mão de tudo, o que Deus te deu pra aproveitar. Pois não existe nada melhor nesse mundo do que estar livre. É a frase de um amigo meu que pegou onze anos. Por causa de um deslize. Não existe nada melhor nesse mundo que estar livre. Estar livre, estar livre, estar livre.*

(FALCÃO et al., 2014; VAGALUME, 2015)

---

Almejei pela escuta sensível desvelar a percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental. Para tanto, mergulhei no seu mundo, a fim de desvelar o mundo da obra, por meio das lentes de Maurice Merleau-Ponty e pela fenomenologia hermenêutica de Paul Ricoeur, na qual emergiu a metáfora, como meio de expressão artística do *homem no mar* de BRAGA, 2005.

Para participar dessa aventura no mar, necessitei encontrar-me como ser no mundo, em um movimento de aproximação de si e do outro, para perceber e apreender os significados manifestos diante do fenômeno. Para tanto, ao perceber empaticamente o outro, me reconheci como ser humano. Pude materializar minha existência no mundo como corpo encarnado, enraizado pela essência e experiência de vida. Intencionada pelo meu **corpo vivido** (MERLEAU-PONTY, 2011), o qual revela a singularidade e constitui a subjetividade em um dado momento e tempo circunstancial como ser no mundo inacabado.

Foi necessário um movimento de libertar-se diante das molduras das certezas das ciências, me buscar como ser humano no mundo e aflorar a sensibilidade de ouvir a mim e o outro. Momento de buscar minha essência, resgatar lembranças e intencionar significar minhas vivências e experiências de vida. Desafiar-me a descobrir outros olhares diante do movimento das ondas do mar e o horizonte, que ora se revelavam no encontro com o outro, permeado pela intersubjetividade do corpo vivido; e ora me distanciava pela identificação do discurso do outro e as reflexões diante do mundo vida. Nesse movimento do mar, o ser humano se revela em perspectivas diante de sua intencionalidade de mostrar-se.

Nesse movimento das águas, o *homem no mar* revelou-se como um aprendiz diante do mundo vida. Merleau-Ponty (2002) lembra que, como corpo encarnado, demarca sua existência e se materializa no mundo, constitui o **veículo de expressão no mundo**, sendo ele

o seu mundo e o centro de suas significações.

Nesse **mundo**, onde habita e vive, o seu corpo traz suas expressões e marcas do tempo pela sua história de vida, enraizada por sua essência. O gesto exprime a expressão corporal e o modo de comunicação com o mundo. Pela **fala falante**, que é aquela criativa, originária e que expressa seus reais desejos (MERLEAU-PONTY, 2002). Revela que já teve coragem e medo de ir mar adentro; já esteve em águas claras e límpidas, assim como já enfrentou tempestades e fúrias em alto mar; já se encantou pelas descobertas de novas possibilidades de vida e se frustrou pelos limites impostos por sua mente e pelo mundo que habita. Quando se percebeu como um ser no mundo, e foi percebido pelo outro pelo seu gesto de nadar, seu corpo revelou-se como fonte de expressão no mundo.

Nessa relação corpo e mundo, significa suas vivências e experiências de vida, de acordo com sua intencionalidade para cada momento. Cada ser humano tem seu tempo, que não é cronológico, mas de movimento de significados para si diante do desejo de liberdade como ser humano de desejos em um mundo inacabado. Senso assim, o ser humano que vivencia a doença mental é o corpo vivido deste estudo e referenciou as suas percepções e os significados que construiu em suas vivências históricas.

Mergulhei em vários mundos construídos pelas falas do ser humano que vive com a doença mental. Aprendi que adentrar nesse mundo exige coragem e poder de resiliência, pois esse mundo é imposto pelo outro. É preciso ressignificar a vida diante dos fatos, do poder do diagnóstico ditado pelo saber médico e dos muros constituídos pela mente humana e sua normalidade social. O ser humano que vive a doença mental busca respostas e justificativas diante da culpa que carrega por habitar esse mundo. Mas essas justificativas acabam paralisando ainda mais seus desejos frente à vida, os prendendo em si mesmos.

Há um misto de sensações expressadas pelo seu corpo, num movimento ambíguo de existência no mundo. Há marcas de um quadro clínico, do próprio tratamento e das amarras sociais, que penduram a passividade diante do discurso não reflexivo do outro, que, por vezes, é incorporado ao seu **hábito** de vida (MERLEAU-PONTY, 2011). Como também, as lembranças de loucuras movidas pelos desejos de ser um ser humano livre, por momentos, diante de si.

Não podemos negar o fato da existência da doença mental e algumas limitações diante do quadro clínico, como, também, o despertar de tantas outras possibilidades da vida humana. É preciso encarar-se, adaptar-se, recriar-se diante de si e do outro, no movimento do desejo de libertar-se, significando seu gesto de nadar nas ondas do mar e desbravar o mundo.

Sendo assim, a própria doença mental pode despertar o melhor que o ser humano pode

ser, no sentido de sua liberdade consciente diante de si, do outro e do mundo vida. Para conquistar a **liberdade**, o ser humano necessita assumir a sua condição social e refletir sua ação no mundo, pois não há uma liberdade absoluta e nem sua falta totalmente imposta. Nascermos livres, mas em um mundo já constituído, porém inacabado (MERLEAU-PONTY, 2011).

Contudo, a doença mental configura-se em um mundo em que rotulamos seus personagens. Utilizamos uma máscara (profissional, social) para ditarmos as regras, que os reaproxima da normalidade humana e ao mesmo tempo propõe um mundo paralelo à sua existência. Porém, o fato de não oportunizar escolhas do tratamento também é uma forma de exclusão e retirada do direito do outro frente à sua própria vida.

Descobri, pela escuta do significado do ser humano que vivencia a doença mental, que o ser humano pode adentrar em vários mundos e construir os seus próprios. É necessário significar o próprio mundo da doença mental, o mundo do *homem no mar*, que traz em seu cotidiano sua fala enraizada pelas dificuldades de convivência consigo e com o outro, que sinaliza as perdas afetivas, materiais, de trabalho e relacionamentos interpessoais.

Também, por momentos ao longo de sua trajetória histórica, se percebe como livre no mundo da loucura, na naturalidade da expressão, do manifestar seu desejo, de se permitir viver verdadeiras loucuras em um mundo em que já lhe é concebido previamente o rótulo de louco social. Mas é nesse mundo que se identifica e se reconhece como ser humano que vive a doença mental, diferenciada por eles dos sintomas, que demarcam o tratamento medicamentoso, que na visão dele o deixam com aparência de louco.

Há preocupação com o diagnóstico médico, que, por vezes, os prende em si pelas amarras da própria doença mental. Cada ser humano expressou o nome do seu diagnóstico clínico, referenciou o desejo da possibilidade de ter apenas “*uma depressão*”, que seria algo aceito na sociedade moderna. Referenciou isso, como medida de redução de danos frente ao sofrimento e o preconceito.

Os engasgos na fala do ser humano que vivencia a doença mental ocorreram ao manifestar como diagnóstico o transtorno afetivo bipolar e a esquizofrenia. Houve expressão gestual marcante do corpo ao fazer a analogia à cabeça quebrada para o retardo mental. Além disso, o prazer soberano se manifestou no transtorno de personalidade antissocial, que me fez perceber a mente humana sem limites ao seu desejo.

Tais diagnósticos foram referenciados como desencadeadores de desconfiança e não credibilidade de sua capacidade humana e nas rotinas cotidianas. Também, lembram um mundo de dúvidas quanto à sua identidade de ser no mundo, do que constitui o ímpeto do ser

humano e o que é manifestação clínica da doença. Às vezes, simboliza e deseja sentir-se livre pelas lembranças, do que, hoje, no mundo científico, referem ser a própria sintomatologia da doença. Eis um mundo de **ambiguidade** entre a **liberdade** e a culpabilização do seu desejo (MERLEAU-PONTY, 2011). Sendo assim, o ser humano que vive a doença mental já incorporou pelo dizer do outro a sua identificação com o mundo da doença mental, e não deseja ser estereotipado no mundo dos outros, como, por exemplo, dos usuários de álcool e outras drogas.

Além disso, aprendi a visualizar o **mundo da internação** psiquiátrica construído pelo olhar do ser humano que vive a doença mental e a própria internação. É um mundo que desperta o sentimento da privação da **liberdade**, pelos muros institucionais e rotinas hospitalares.

Essas privações são justificáveis pelos próprios ser humano que vivenciam a internação psiquiátrica frente ao local que hoje habitam, mas apontam que a maior dificuldade é o não poder desfrutar do direito de ir e vir do cidadão. Também revelam os pequenos lutos diários frente ao seu cotidiano, a não convivência do ser humano que desperta afetividade. É notável que o ar que adentra as janelas gradeadas não tem o mesmo toque na pele do rosto da brisa do mar.

O mundo da internação é percebido na **ambiguidade** da relação de existência do ser humano. Está presente em todo ser humano e permeia a relação com nosso corpo, mundo, desejos e na relação com o outro e com o tempo. Há os que se sentem seguros e manifestam sentimentos fraternos e amigáveis aos profissionais da saúde, e que referem a internação como sendo a sua casa. Há sua identificação com esse mundo, um local de passagem, de aprendizado, amadurecimento como ser humano e frente à sua terapêutica. Significam essa vivência como boas lembranças, e apreendem a experiência refletindo suas ações no mundo. O seu desejo de **liberdade** os move como ser no mundo.

Outros, já apontam o **mundo da internação** marcada em seu corpo pelo poder do saber do outro, os procedimentos realizados de forma invasiva. Sendo assim, o corpo do outro se torna um objeto passivo de manipulação. Apontam, por vezes, o abandono familiar e o alívio destes em mantê-los longe de sua convivência; como também expressam o desejo de melhora do quadro clínico, para não possibilitar o sofrimento e o afastamento do outro, o que corrobora com o seu sofrimento e privação dos seus desejos como ser no mundo. Relatam estar sendo uma experiência terrível.

O *homem do mar* deseja esquecer esse local, mas o sentimento de mágoa permeia as lembranças e permanecerá vivo em suas mentes. Essa relação de **temporalidade** também é

ambígua no movimento da nossa consciência entre passado, presente e futuro. Já não somos mais os mesmos, pois em cada encontro e experiência ocorre algo em mim que me desperta como o “eu posso” infinito. Também nos possibilita acessar nossas vivências e, caso intencionar, significá-las (MERLEAU-PONTY, 2011).

Observei que, por mais que a internação psiquiátrica remeta a uma sensação de aprisionamento, o maior mundo que prende o ser humano é aquele constituído por ele diante das suas fantasias e medos a respeito de si, da suposta opinião dos outros e, principalmente, sobre o não controle da própria doença mental. O ser humano, por vezes, se remete como sendo a própria doença, resumindo a sua existência, o seu **mundo e corpo** a um aglomerado de sintomas clínicos, efeitos adversos dos tratamentos e à dificuldade de se equilibrar diante dos desafios do processo saúde/doença. Nesse contexto, o seu discurso se prende à própria doença mental e não necessariamente ao local em que habita em dado momento.

Mas o seu discurso ultrapassa **o mundo da doença mental**. O ser humano exprime uma incógnita frente ao seu real desejo de viver e o discurso incorporado de uma disciplina ditada pela normalidade humana. Demarca um sistema e suas circunstâncias. Os fatos em ordem cronológica do que é socialmente aceito, por exemplo, a citar: ter uma formação, um bom emprego, constituir família, ter filhos; ou simplesmente o nadar livre por não desejar nada disso, ou não necessariamente nessa ordem e nesse momento, como significado de vida para si. Deseja se libertar no mundo vida.

O ser humano que vive a doença mental revela a capacidade de poder estudar, mas que não é seu real sentido de vida, contudo, é rotulado pelo discurso do outro como o alienado incapaz por não atender o desejo de ordem do outro. Essas expectativas criadas pelos outros diante de si, quando não compartilhadas na vivência com o outro, criam um personagem mascarado frente à doença mental e uma suposta impossibilidade. Contudo, almeja o movimento de sua real liberdade, em que no movimento das ondas do mar possa se ouvir, realizar desejos de vida e compartilhar suas experiências com o outro se for sua vontade.

Nesse contexto, como profissionais da área da saúde, necessitamos incorporar a visão crítica reflexiva na nossa prática assistencial, as bases teóricas e as leis vigentes em saúde mental, as quais almejam autonomia e poder de escolha do ser humano que vivencia a doença mental. Como enfermeira observei alguns avanços na conjuntura atual de assistência na linha de cuidado em saúde mental em uma perspectiva de integralidade do cuidado.

Contudo, há muitos desafios, principalmente no que tange ao poder profissional sobre o outro e à relação de dependência estabelecida para o paciente aos serviços de saúde de referência. Sendo assim, *“Não desço para ir esperá-lo na praia e lhe apertar a mão; mas dou*

*meu silencioso apoio, minha atenção e minha estima a esse desconhecido, a esse nobre animal, a esse homem, a esse correto irmão” (BRAGA. 2005, p.272).*

O enfermeiro necessita assumir o papel de acolhimento frente ao ser humano, frente ao que Merleau-Ponty (2011) denomina de **corpo próprio**. É preciso ter conhecimento técnico e clínico em saúde mental para o reconhecimento dos sinais e sintomas, antever crises psiquiátricas, mas, também, é necessário expandir esse cuidado aos aspectos biopsicossociais e promover saúde.

Faz-se necessário ofertar meios para a educação em saúde, empoderar o ser humano frente ao seu autocuidado, escolhas terapêuticas e controle social. Há de se incentivar a consulta de enfermagem, a sistematização de assistência de enfermagem (SAE), as ações em grupos terapêuticos para potencializar o papel do enfermeiro e possibilitar trocas de conhecimento e experiência em trabalhos interdisciplinares.

Portanto, mergulhar no mundo da doença mental pelo desvelar do discurso de quem vivencia essa experiência me possibilitou compreender a mim mesma, no sentido de reinventar-me. Minha essência é meu porto seguro, mas desbravar um outro eu mesmo, no significado de Merleau-Ponty (2011) para “*eu posso*”.

Assim, como almejar o movimento de liberdade em dada situação, para me permitir a viver os reais desejos de vida? Como pesquisadora a instigar novas aventuras diante das experiências do mundo do outro. E como enfermeira a plantar a sementinha da dúvida naqueles que não acreditam no ser humano que vivencia a doença mental como um ser de possibilidades e tantas outras descobertas de um mundo inacabado. Logo, nossos desejos nos movem como seres no mundo.

O ser humano internado em UP percebe o viver com doença mental na relação de **ambiguidade** da existência humana e não está fechado a uma perspectiva de mundo. O *Homem no mar* se expressa pelo seu gesto de nadar no mar, no mundo que habita. Compreendi que cria e recria vários mundos singulares, reinventando-se e autoconhecendo-se para superar as adversidades de conviver com a doença mental. Ao mesmo tempo, percebe que ela o liberta diante de si na vivência consciente de seus desejos e o prende diante da normalidade humana ditada pela sociedade moderna.

Apesar de estar vivenciando a doença mental no mundo da internação psiquiátrica e ter a sensação de aprisionamento do seu corpo próprio, e ora uma oportunidade de amadurecimento, a percepção diante de si revela que, ao adentrar no mundo da doença mental, ele sempre fará parte de sua existência.

A percepção de aprisionamento advém dos sentidos diante da convivência com a

doença mental. Contudo, seu desejo é a liberdade, que pode ser conquistada pelo homem no mar, ao passo que sua intencionalidade ergue o homem no mar diante do mundo para refletir suas ações nesse mundo e significar suas vivências. Cada ser no mundo tem seu tempo, que não o cronológico, e somente o seu desejo pode movê-lo diante de si e no mundo, para se permitir viver como ser no mundo.

## 7 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ENCONTRO INTERSUBJETIVO COM O *HOMEM NO MAR*

*Eh! Atirei-me ao mar. Mar de gente onde. Eu mergulho sem receio. Mar de gente onde. Eu me sinto por inteiro. Eu acordo com um. Ressaca guerra. Explode na cabeça. Eu me rendo. Mais um milagroso dia [...] Navegar é preciso se não. A rotina te cansa. Tristeza e pesar. Sem se entregar.*  
(FREITAS et al., 2003; VAGALUME, 2015)

---

Este estudo teve por objetivo desvelar a percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental. Houve a possibilidade de ter acesso ao fenômeno pelo discurso do outro, na sua perspectiva em se mostrar. Produziu conhecimento pelo movimento da investigação na compreensão do fenômeno, por meio do embasamento teórico-prático, substanciado pelo referencial metodológico filosófico, o qual instigou o encontro intersubjetivo com o ser humano que vivencia a doença mental. Esse momento foi permeado pela sensibilidade e empatia entre dois seres humanos, no qual houve a expressão do corpo próprio.

O referencial fenomenológico despertou em mim a possibilidade de me reconhecer como ser no mundo inacabado. Na perspectiva da minha essência, intencionalidade e temporalidade de significar minhas ações no mundo, para o movimento de liberdade em uma situação, sendo ela aqui expressa neste estudo.

Busquei me libertar das amarras da ciência moderna, não negando minhas raízes, mas em uma posição humilde para me ouvir diante da minha intencionalidade latente, das inquietações da minha trajetória histórica, e me desafiar rumo à aventura deste estudo. Para tanto, procurei a estranheza diante do conhecido para reconhecê-lo, mergulhei em outros mundos, observei, calei a minha voz, e desejei mover-me na direção do outro ser no mundo, a fim de ter acesso à sua voz, como sua vivência, e aprender com ele.

Nesse contexto, apesar de um caminhar breve no campo filosófico, deslumbrei-me na perspectiva fenomenológica de vida e nas possibilidades de incorporá-la à prática cotidiana em saúde. Ela possibilita reinventar-se e encantar-se diante dos cenários cotidianos de vida e trabalho, e recriar-se como ser no mundo.

Nosso pano de fundo é nossa essência, o que nos torna singulares como seres humanos, mas esse mundo inacabado nos instiga aos desafios de aventuras, de outras tantas possibilidades e significados de vida, que são movidos pelo nosso real desejo de existência.



A busca pela aproximação da compreensão do aporte filosófico de Merleau-Ponty nos estimula à percepção do corpo próprio, estremecido pelo campo habitual do cotidiano assistencial e do ensino. Impulsiona-nos a buscar significados para o movimento de liberdade do ser humano em perspectiva de mundo e a efetivação do cuidado pautado na integralidade. No contexto da política de humanização, que almeja efetivar os princípios e diretrizes do SUS e da clínica ampliada, que motiva um ser de possibilidades, não resumido o ser humano a uma comorbidade clínica.

Além disso, Ricoeur nos incentiva a ouvir as vontades e desejos, a valorizar a reflexão das ações do homem no mundo e significá-las, o sentido da linguagem, da vida e o ser na sua totalidade. Sendo assim, a educação em saúde empodera o ser humano diante de suas escolhas terapêuticas e possibilidades de vida e propulsiona a linha de cuidado de saúde mental do RS intitulada “O Cuidado que Eu Preciso?”.

Nesse cenário, buscar o outro que vivencia a doença mental para aprender com ele os significados do seu mundo foi uma experiência encantadora. O encontro subjetivo na entrevista fenomenológica entre mim, do alto da minha varanda, e o *homem no mar* nos colocou empáticos pelo reconhecimento do outro no gesto humano de nadar, e em um mesmo mundo, por meio de um mesmo tempo.

Antes, ele era apenas mais um estranho a nadar em uma paisagem, até então para mim havia uma simbologia, analogicamente ao cenário e aos sujeitos deste estudo. Poder perceber as alterações da paisagem, conforme a percepção de mim e do outro, pelo gesto humano de nadar, me tornou empática com o homem estranho, e essa estranheza me possibilitou descobrir pela sua fala o mundo que habitamos.

Após transcrever o discurso oral para o discurso escrito, não havia mais o sujeito e o cenário, mas as lembranças daquele encontro ainda se faziam presentes na minha memória. Era preciso me distanciar, respirar e tomar um banho de mar. Após, foi possível mergulhar no texto em busca da valorização da linguagem e da descrição da expressão corporal do sujeito no intuito de emergirem os reais significados da doença mental. O *homem no mar*, colaborador mundano para este estudo, se apresentou de acordo com o seu contexto histórico de vida e suas percepções de mundo, numa relação de ambiguidade da existência humana, frente ao seu movimento nas ondas no mar rumo à liberdade.

Esse resgate histórico da vida do ser humano traz conjuntamente as vivências da doença mental, a descoberta do diagnóstico, as diversas formas de convivência com os sinais e sintomas demarcados em seu corpo, as formas de tratamentos, as percepções de vida, os medos, os fantasmas de sua mente diante de si e do outro. As dificuldades e lutos diários na

convivência cotidiana da doença mental e o despertar de um ser livre em meio às pressões sociais e aos seus reais desejos de vida. Mergulhamos no mundo da doença mental.

Um mundo paralelo onde impomos aos outros um rótulo, os agrupamos em algo comum: a doença mental. Esse mundo foi de descobertas em que a doença em si não foi o foco, mas, sim, o ser humano na sua complexidade de ser e existir diante de si e do outro. Existimos, pois somos um corpo encarnado no mundo, em que nossas marcas históricas, percepções e significados de vida afloram como meio de expressão ao mundo.

Sendo assim, somos um corpo próprio em vários mundos, sendo nosso próprio corpo o nosso mundo. Portanto, a doença mental permeia um desses mundos e não pode ser o nosso mundo, pois não resume o nosso corpo. O desafio é percebê-la e significá-la como algo propulsor ao movimento de liberdade humana, se esse for o desejo de vida.

A aventura prosseguiu mar adentro, onde há de se ter coragem para encarar as fúrias em alto mar e a leveza da alma para apreender experiências, esfriar a cabeça, aprender novos jeitos de nadar e construir pontes para voltar à praia, para voltar para casa. As correntes marítimas levaram o homem do mar ao mundo da internação psiquiátrica.

Um local que aparentemente remete à sensação de aprisionamento e isolamento pelas grades nas janelas, pelas chaves nas portas, pela rotina institucional e o poder estabelecido na relação manicomial na passividade do outro. Chegamos a um forte construído em alto mar, o qual pode se constituir em qualquer local, não em um plano físico, mas pela nossa mentalidade quando repetimos os ciclos da lógica manicomial, mascarada pela voz do outro, quando é a minha voz profissional que dita as regras disciplinares terapêuticas.

O mundo da internação é relatado pelo ser humano que vivencia a doença mental nesse momento como algo ambíguo em sua relação de existência com seu próprio mundo. Ressaltando que seu mundo não se resume a condição clínica de portador de uma doença mental. Refere as sensações perceptivas ao seu corpo de um cotidiano incorporado pelo campo habitual. Instiga o pensamento crítico reflexivo sobre as condutas e comportamentos do ser humano e conduta profissional, que habitam esse mundo e os reflexos diante de sua vivência terapêutica.

Eles descrevem essa vivência como um momento de percepção diante de si, de autoconhecimento, de aprendizado sobre sua doença e formas de tratamento, pois, apesar de referenciar um sentimento paternal e a simbologia de uma casa, necessitam se fortalecer para retornar à casa de sua vida. Há o sentimento de se sentirem seguros, de desejarem o cuidado do outro pautado no respeito à cidadania e à condição de existência humana. Porém, também referem as práticas invasivas de tratamento na forma e conduta do corpo do outro, o

abandono, os lutos diários frente a relacionamentos afetivos, trabalho, manias e desejos que faziam sentido ao seu jeito de ser e existir em seus mundos. Faz-se necessário perceber-se diante de si e como o *homem no mar* significa as tempestades em alto mar e os refúgios calorosos de acolhimento da alma, para buscar no movimento das ondas a liberdade desejada.

O desejo nos move nos significados de vida em nossos mundos. Intencionamos prosseguir no gesto de nadar, o que codifica na expressão do corpo a condição humana para prosseguir sua existência no mundo que vivencia, o mar. Essa existência permeia a dualidade do desejo do outro e suas disciplinas diante da normalidade humana; e os reais desejos do ser humano que vivencia seus atos de loucura frente à vida, que os tornam livre e feliz e, em outros momentos, o mundo da doença vem à tona em sua condição clínica, o prende na doença mental, o que resulta em sofrimento psíquico. Não há como dissolver esse mundo, pois ele faz parte da existência da vida do ser humano.

Há o desejo de cura desse mundo do sofrimento psíquico, da perda de controle sobre si, do sofrimento proposto a si e imposto ao outro. Contudo, há formas terapêuticas que podem fazer sentir-se bem, mas não para todo o sempre. Não há para sempre, porque ele sempre acaba. Não há garantias, assim como nossa própria vida. Esse misto de sentimentos permeia a dificuldade e a esperança quanto ao tratamento, principalmente a sua forma medicamentosa. Há relatos de esquiva ao tratamento, pela não aceitação do próprio quadro clínico, aos efeitos colaterais das medicações, que, muitas vezes, os tornam com cara de louco, ou por invadirem o mundo do outro, do *dependente químico*<sup>2</sup>.

Por vezes, quando visualizam um quadro de melhora, há ideia de cura passageira, e a mascarada possibilidade de liberdade, por não necessitar de tratamento. Nesse movimento, acaba por prender-se ao sofrimento mental; ou a exclusão na lógica manicomial, por não ter acesso ao tratamento que possibilite sua melhora, ferindo os princípios do SUS. Ou, ainda, pelo tratamento retirar as características do seu jeito de ser, o que provoca uma estranheza diante de si e das lembranças que constituíam sua identidade como ser humano.

Nesse ponto do mar, a indagação refere-se à veracidade de toda aventura no mundo vida. Os seres humanos não somente perdem a vida quando morrem, mas também quando suas vivências são postas à prova, permeadas pela imposição do discurso do outro, do saber da ciência moderna, na simbologia de mentiras de si mesmos, de falsas alegrias atreladas à sintomatologia de uma euforia, para aceitar a terapêutica do que o poder científico acredita ser o melhor para o *homem no mar*.

---

<sup>2</sup> Termo utilizado pelo ser humano que vive a doença mental.

Em prol do desejo de liberdade há o movimento do homem nas ondas que adentra vários mundos. A liberdade é uma conquista humana em uma situação, portanto, há vários mundos para conquistar a liberdade desde a concepção diante de si, a libertação quanto à imposição do discurso do outro, a aceitação do seu papel social como cidadão de direitos e deveres, a corresponsabilização pelo tratamento, as várias possibilidades de reinventar-se no mundo. Sendo assim, o *homem no mar* necessita se libertar do mundo que cria diante de si e das impossibilidades do mundo da doença mental.

Nesse contexto, a equipe de saúde pode auxiliar na perspectiva de tratamento e promoção de vida. A educação em saúde é uma estratégia de estimular o movimento do *homem no mar*, para o autocuidado, as prevenções de crises, a sintomatologia e tratamento, e instigar o ser humano para os significados da doença mental vivenciada de forma singular por cada ser humano no processo saúde/doença.

Essas ações podem ser realizadas em grupos e/ou por meio de consultas de enfermagem, priorizando ações em saúde por meio da sistematização da assistência da saúde, de acolhimento. Logo, o enfermeiro necessita delimitar o seu papel de núcleo na equipe de saúde para possibilitar as trocas de conhecimento em trabalhos interdisciplinares, o que é fundamental para a continuidade do tratamento na perspectiva da integralidade do cuidar.

Essa continuidade do tratamento se propõe por meio da transferência do cuidado entre as equipes de saúde, a equipe de referência e, caso necessário, a equipe matricial e ações intersetoriais. Sendo assim, na própria internação do paciente é necessário realizar um plano de alta hospitalar, tecer a rede de continuidade do tratamento substanciado pela voz do paciente e suas condições clínicas.

Para tanto, a filosofia de cuidado proposta pelas políticas públicas de saúde é metaforizada na crônica como a observação empática do outro da sua varanda. O paciente necessita ter uma equipe de referência em saúde, mas que prese sua liberdade, ou seja, não o deixe dependente de sua conduta terapêutica, mas, sim, como meio de suporte ao processo saúde/doença. Sendo assim, mesmo o paciente estando em alta hospitalar, esse serviço ainda é corresponsável pelo seu tratamento na linha de cuidado em saúde mental, situado como ponto de apoio matricial na rede, caso necessário.

Portanto, este estudo poderá aproximar o ensino, a pesquisa e extensão no sentido da linha de cuidado em saúde mental. Instigar a dúvida nos profissionais de saúde, quanto à real aplicabilidade das políticas públicas no processo saúde/doença e promover ações de planejamento da assistência interdisciplinar. Almeja nortear a aplicabilidade da política nacional de saúde mental, que preconiza a escuta e a autonomia do ser humano que vive a

doença mental e o instigar os nós quentes da linha de cuidado, que são aqueles que acolhem o ser humano e investem no desenrolar do processo saúde/doença na perspectiva da integralidade.

Também produzirá retorno à UIPP, em ações individuais e/ou ações coletivas com o ser humano que vive a doença mental, junto aos estudantes em atividades de ensino desenvolvidas pela pesquisadora como professora substituta da UFSM. Propor ações de educação em serviço junto aos profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde e equipe de saúde do serviço local. As ações educacionais se consolidam como pilar de transformação pelo pensamento crítico reflexivo, para também libertar as ações em saúde das amarras da psiquiatria clássica e dos paradigmas históricos.

Sendo assim, o desenvolvimento de pesquisas também se configura como estratégia da produção de conhecimento e pilar do cuidado integral. O enfermeiro necessita desenvolver sua capacidade crítica e reflexiva sobre o cuidado no contexto vivenciado, tornando sua inquietação o problema de pesquisa. Além disso, necessita incorporar conhecimentos da epidemiologia, metodologia da pesquisa e, ainda, buscar estratégias para implementar nas instâncias micro e macrorregional os resultados alcançados.

Para, tanto é de suma importância a comunicação nos serviços de saúde e entre eles, além da sensibilização dos gestores em saúde para auxiliar na aplicabilidade dos investimentos e para o planejamento do processo saúde/doença na sua conjuntura integral. Sendo assim, este estudo será divulgado por meio de artigos acadêmicos, a fim de aguçar o pensamento crítico-reflexivo da comunidade acadêmica, profissional e social para promover um cuidado singularizado.

Logo, a equipe de saúde, em especial o enfermeiro, necessita congregiar nas suas ações o cuidado ao ser humano que vivencia a doença mental, em consonância ao modelo psicossocial e princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Almeja promover uma rede quente de cuidado singularizado, que prese pelo acolhimento e instigue o autocuidado do ser humano por meio da educação em saúde e, na perspectiva de ações de integralidade, promover a saúde mental e a prática da enfermagem social.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. N. S. et al. Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental: reflexões sobre a prática do enfermeiro. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 1, p. 213-231, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2819>>. Acesso em: 19 Dec. 2014.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4ª ed. RJ: Fiocruz, 2013. 120p

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida – a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2.ED. Rio de Janeiro, 2001. 132 p.

\_\_\_\_\_. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Amarante P, coordenador. **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003. p.45-66.

ASSAD, F. B.; PEDRAO, L. J. O significado de ser portador de transtorno mental: contribuições do teatro espontâneo do cotidiano. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drug.**, v. 7, n. 2, 2011.

BARROS, M.; JORGE, M. Prática de saúde mental nos centros de atenção psicossocial: o discurso do sujeito coletivo. **Rev. Baiana Saúde Pública.**, v.34, n.3, p.468-81, 2010.

BOEMER, M. R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev. Lat-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.2, n.1, p. 83-94, 1994.

BRAGA, Rubem. 200 crônicas escolhidas. Rio de Janeiro: Record, 2005.

BRASIL. Data SUS. Informações de saúde: tipo de estabelecimento. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo\\_estabelecimento.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm)> Acessado em; 20 de janeiro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual\\_ambientes\\_caps\\_ua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Dados referentes à reforma psiquiátrica: redução de leitos psiquiátricos e ampliação da rede extra-hospitalar**. Brasília, S.A. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Reforma.pdf>>. Acessos em 04/10/2013.

\_\_\_\_\_. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em 29/10/2013.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 422, 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, DF: 2012. Disponível em: <[http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20466\\_2012.pdf](http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20466_2012.pdf)> Acessos em 04/10/2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011a. Acesso em 27 de outubro de 2014. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2337&Itemid=777](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2337&Itemid=777)>.

\_\_\_\_\_. **Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília, 2011b. Acesso em 27 de outubro de 2014. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano\\_nacional\\_saude\\_2012\\_2015.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS. **Sistema Único de Saúde: Coleção para Entender a Gestão do SUS**. Brasília, 2011c.

\_\_\_\_\_. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário oficial** [da união], Brasília. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acessos em: 23/11/2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010a. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acesso em 27 de outubro de 2014. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS**. Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde. Vol. 2, Brasília – DF, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.899 de 11 de setembro de 2008. Institui o grupo de trabalho sobre saúde mental em hospitais gerais. **Diário oficial** [da união], Brasília.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216). Acesso em: 29/10/2013.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional n. 20, de 15-12-1998. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acessos em 10/12/2014.

\_\_\_\_\_. Portaria 224/MS, de 29 de Janeiro de 1992 [citado 2009 jan. 21]. **Estabelecimentos de saúde** [internet]. Disponível em: [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br).

\_\_\_\_\_. Lei Federal 8.080, de 19/09/1990. Dispõe sobre o Sistema Único de Saúde. **Diário oficial** [da união], Brasília. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acessos em 23/11/2013.

BRÊTAS, A. C. P., GAMBA, M. A. (Orgs.). **Enfermagem e saúde do adulto**. São Paulo: Manole, 2006, p 302.

CAMPOS, T. P. M. Loucura concreta e loucura rústica: ensaio sobre a imagem do diferente na contemporaneidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.**, v.5, n.11, p.26- 43, 2013.

CAMPOS, A.; ALVES, M. A. A corporeidade na fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty. **Resumos Monográficos de Estudos Filosóficos**. Universidade Federal de Santa Maria. 1ª Ed. Jul./2013.

CARMO, P. S. **Merleau-Ponty uma introdução**. Série Trilhas. São Paulo: EDUC, 2004.

CASTRO, T. G.; GOMES, W. B. Movimento Fenomenológico: Controvérsias e Perspectivas na Pesquisa Psicológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 27, n. 2, p. 233-240, 2011.

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

COLA, C. Temporalidade em Bergson e Merleau Ponty. **Cognitio - estudos: revista de filosofia eletrônica**. v.5, n. 1, p.46-51, 2008.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.38, n.2, p.197-205, 2004.

EWALD, A. P. Fenomenologia e Existencialismo: articulando nexos, costurando sentidos. **Estudos e pesquisas em Psicologia. UERJ.**, ano 8, n. 2, p. 149-165, 2008.

ELY, et al. Internação psiquiátrica: significados para usuários de um centro de atenção psicossocial. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e outras Drogas (SMAD)**. USP. 2014.

FERREIRA, A. A. L.; PADILHA, K. L.; STAROSKY, M. A questão da liberdade nos processos de reforma psiquiátrica italiana: entre a resistência e os modos de governo liberal. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.**, v.4, n.10, p.12-29, 2012.

FERREIRA, M. S. C.; PEREIRA, M. A. O. Cuidado em saúde mental: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia. **Rev Bras Enferm.**, v. 65, n.2 p. 317-23, 2013.



FIGUEIRÊDO, A. A. F. Os usos de parênteses na relação saúde e doença. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.**, Edição Especial, p. 2128-34, 2013.

FONTANELLA B. J. B; RICAS, J; TURATO, E. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública.** v.24, n.1, p.17-27, 2008.

FOUCAULT, M. **A história da loucura.** Tradução José Teixeira Coelho Netto. 7. Ed. São Paulo: perspectivas, 2004.

\_\_\_\_\_. **A verdade e as Formas Jurídicas.** 3ª. ed. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2005.

FURTADO, L. et. al. Política de atenção e prevenção às pessoas em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas no município de são bernardo do campo – SP. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas e Cidadania:** em Debate. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012.

FREITAS, F. F. et al. Alta hospitalar da pessoa com transtorno mental: significados atribuídos pelo familiar. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 7, n.11, p.6477-87, nov., 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/4452-49260-1-PB.pdf.> Acessos em 10/11/2014.

JAPIASSU, H. Apresentação. In: RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias.** 4. ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 2008.

JUNIOR, P. F. A liberdade em Merleau Ponty. Websitessoal. Disponível em: <<http://pedrodefreitasjr.com/a-liberdade-em-merleau-ponty-2/>>. Acessos em 10/10/2014.

FUREGATO, A. R. F.; SILVA, E. C. A doença mental vivida por um paciente psiquiátrico: suas percepções. **Escola Anna Nery Revista De Enferm.**, v. 10, n.4, p.652-9, 2006.

FURLAN, M. M.; RIBEIRO, C. R. O. Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. **Acta Paul Enferm.**, v.45, n.2, p.390-96, 2011.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** V. 10, n. 2, p. 32130, 2010.

GALEFFI, D. A. O que é isto — a fenomenologia de Husserl? **Ideação, Feira de Santana,** n.5, p.13-36, 2000.

GUIMARÃES, A. C. Uma aproximação aos conceitos básicos da fenomenologia. **Fenomenologia & Psic.**, v. 1, n. 1, s.p, 2013.

GUIMARÃES, A. N. et al. O tratamento ao portador do transtorno mental: um diálogo com a legislação brasileira (1935-20010). **Texto e Contexto Enferm.**, v. 19, n.2, p. 274-82, 2010.

HIRDES, A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.165-71, 2009.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM). **Histórico.** Disponível em:

<<http://www.husm.ufsm.br/index.php?janela=historico.html>>. Acessos em: 03/10/2013.

JAPIASSU, H. Apresentação. In: RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. 4. ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 2008.

KLÜSER, S. R. Vivência de uma equipe de enfermagem acerca do cuidado aos pacientes com câncer. **Rev Rene**. v.12, n.1, 2011.

LARA, M. et al. Tecendo a rede de sentidos do tratamento em saúde mental. Relatório de pesquisa. Especialização. Residência Multiprofissional. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2013.

LEININGER, M. M. Care: the essence of nursing and health. Thorofare, New York, 1984.

LIRA, Y. C. M. S. O adoecimento mental: reflexos sobre a identidade da pessoa que sofre. 01/12/2012. 156f. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Alagoas – Enfermagem. 2012.

LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4590 - 4592, 2011.

LUCENA, M. A. S; BEZERRA, A. F. B. Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2447- 2456, 2012.

MACHINESKI, G. G.; SCHNEIDER, J. F.; CAMATTA, M. W. O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 1, p. 126-32, 2013.

MACIEL. et al. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Psico. USF.**, v. 13, n. 1, p. 115-124, 2008.

MACHADO, D. M. A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental. 01/08/2006. 173f. Mestrado em Enfermagem. Universidade de Brasília - Ciências da Saúde. 2006.

MACHADO, M. P. Representações de doença mental elaboradas por profissionais atuantes na estratégia saúde da família. 01/12/2009. 152f. Mestrado em Enfermagem. Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto - Enfermagem Psiquiátrica. 2009.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** 2010.

MARI, J. J. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 12, 4593-4596, 2011.

MARINHO. et al. Reflexões acerca da reforma psiquiátrica e a (re)construção de políticas públicas. **Rev. Min. Enferm.**, v. 15, n.1, p. 141-147, 2011.

MARTIN, R. V. et al. Saúde mental na região norte do Rio Grande do Sul: relato de experiência. **Rev Enferm UFSM.**, v.2, n.3, p. 553-59, 2012.

MATTHEWS, E. **Comprender Merleau-Ponty**. São Paulo: Vozes, 2010.

MERLEAU-PONTY, M. **A prosa do mundo**. Trad. Paulo Neves. São Paulo: Cosac & Naify, 2002.

\_\_\_\_\_. **Fenomenologia da percepção**. 3ªed. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

MIRANDA, F. A. N. et al. Opinião dos familiares na Estratégia Saúde da Família sobre doença mental, doente e família. **Rev. Pesqui.: Cuid. Fundam.**, v.4, n.4, p. 2901-2908, 2012.

MORAES, S. C. C.; MENEGHEL, S. N. Oficinas de contos e narrativas: produções discursivas de cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Rev. Mal-Estar Subj.**, v. 9, n. 4, p. 1303-32, 2009.

MOREIRA, V. **O Método Fenomenológico de Merleau-Ponty como Ferramenta Crítica na Pesquisa em Psicopatologia Psicologia: Reflexão e Crítica**. Psicologia: Reflexão e Crítica, v.17, n.3, p.447-56, 2004.

MOREIRA, R.C.R., LOPES, R.L.M., SANTOS, N.A. Entrevista fenomenológica: peculiaridades para la producción científica en enfermería. **Index enferm.**, v. 22, n. 1-2, p.107 -10, 2013.

MOURA, A. C. A relação entre liberdade e situação em Merleau-Ponty, sob uma perspectiva ontológica [online]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2006, 160f. **Dissertação de Mestrado em Filosofia**. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8133/tde-04012008-122217/>>. Acesso em 10/12/2014.

MOURA, et al. A relação entre sujeitos com transtorno mental e equipamentos sociais. **Cadernos de terapia ocupacional**. v.22, n.2, 2014.

NAGAOKA, A. P. Usuários de um centro de atenção psicossocial e suas vivências com a doença mental. 2009. 01/08/2009. 82f. Mestrado Enfermagem. Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto - Enfermagem Psiquiátrica. 2009.

NETO, C.; ALVES, F. A experiência subjetiva com a doença mental: o caso da depressão. **Socio, Problemas e Práticas.**, v. 70, p. 111-29, 2012.

NEVES, L. L. A crônica constrói a intersubjetividade: uma leitura fenomenológica de “homem no mar”, de Rubem Braga. **Revista Estação Literária**. v. 11, p. 297-308, jul. 2013.

NUNES, M.; TORRENTE, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Rev. Saúde Pública.**, v. 43, supl. 1, 2009.

OLIVEIRA, J. H. O ser-no-mundo e seu agir: corporeidade e pessoalidade em Merleau-Ponty e Ricoeur. **Princípios Revista de Filosofia.**, v. 19, n. 31, p. 99-118, 2012.

PADOIN, S. M. M., SOUZA, I. E. O. A compreensão do temor como modo de disposição da

mulher com hiv/aids diante da (im)possibilidade de amamentar. **Texto Contexto Enfermagem.**, v. 17, n. 3, p. 510-8, 2008.

PAULA, C. C., et al. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. **Rev. bras. enferm.**, v. 67, n. 3, 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672014000300468&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672014000300468&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em: 20/12/2014.

PAULA, C.C., CABRAL, I.E., SOUZA, I.E.O., PADOIN, S.M.M. Movimento analítico-hermenêutico Heideggeriano: possibilidades metodológicas para a pesquisa em enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 9, p. 984-9, 2012.

PELLAUER, D. **Compreender Ricoeur**. Petrópolis: Vozes, 2009.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo.**, v. 15, n.1, p.27-34, 2010.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 12, 2011.

RICOEUR, P. **Interpretação e Ideologias**. 4. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

RIO GRANDE DO SUL. **Rede Chimarrão: Linha de Cuidado em Saúde Mental - O Cuidado que eu preciso**. Dados da Secretaria Estadual de Saúde do RS, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/>>. Acessos em 29/10/2013.

ROSA, F. M. et al. O Olhar das Equipes de Referência sobre o Trabalho realizado pelo Apoio Matricial. **Revista de Enferm. da UFSM.**, v. 1, p. 369-376, 2011.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Rev. esc. Enferm. USP.**, v. 41, n. 1, 2007.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. **Acta paul. enferm.**, v. 22, n. 1, 2009.

SANTA MARIA. Centro de Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/280-centros-de-atencao-psicossocial>. Acessos em 29/10/2013.

SANTOS, É. G., SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. bras. psiquiatr.** [online]. V. 15, n.3, p. 238-246, 2010.

SANTOS, N. M. W. Loucura e sanidade psíquica: duas faces do desenvolvimento humano – alguns aspectos historiográficos (Brasil, 1808-2008). **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano.**, v.1, n.1, p.61-72, 2013.

SCHIMITH, M. D. et al. Colonialismo nas relações entre trabalhadores e usuários durante as práticas de cuidado: implicações para a integralidade da atenção. **Esc Anna Nery.**, v. 17, n. 4, Set/Dez, 2013.

SEIBT, C. L. Heidegger: da fenomenologia “reflexiva” à fenomenologia hermenêutica. **Princípios: revista de filosofia.**, v.19, n.1, p 81-97, 2012.

SENA, E. L. da S. et al. A intersubjetividade do cuidar e o conhecimento na perspectiva fenomenológica. **Revista Rene.**, Fortaleza, n. 12, v. 1, p. 181-8, 2011.

SILVA, A. T. C. et al. A Propósito da Diversidade, Cultura e Saúde Mental: Novas Dimensões para a Compreensão da Loucura. **Rev Bras de Ciênc da Saúde.**, v.16, n.3, p. 435-38, 2012.

SILVA, A. A.; Terra, M. G.; Motta, M.G.C.; LEITE, M. T.; Padoin, S.M.M. Enfermagem e cuidado de si: percepção de si como corpo existencial no mundo. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 21, p. 366-370, 2013.

SILVA, S. M. G.; SILVA, M. A. **Educação e Filosofia.**, v. 27, n. 54, p. 761-764, 2013. In PEIXOTO, Adão José. (Org.). *Fenomenologia: diálogos possíveis*. Campinas: Editora Alínea; Goiânia: Editora da PUC de Goiás, 2011. 221 p.

SOUZA, A. C. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v.10, n.4, p.703-10, 2006.

TEIXEIRA R.R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In Pinheiro R e Mattos RA (org.) **Construção da Integralidade – cotidiano, saberes e práticas em saúde**. IMS-UERJ/ABRASCO, Rio de Janeiro; p.49-61, 2003.

TERRA, M. G. et al. Saúde mental: do velho ao novo paradigma – uma reflexão. **Esc Anna Nery R Enferm.**, v. 10, n.4, p. 711 – 7, 2006.

TERRA, M. G. et al. O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem.** v.15, p. 164-69, 2007.

TERRA, M. G. et al. Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo, v. 22, n. 1, p. 93-99, 2009.

TERRA, M. G. et al. Fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty como referencial teórico-filosófico numa pesquisa de ensino em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v, 30, n.3, p. 547-51, 2009.

TERRA, M.G. et al. Caracterização dos adultos internados na Unidade Paulo Guedes do Hospital Universitário de Santa Maria no ano de 2008. Relatório de pesquisa. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

VAGALUME. Página da web. Disponível em: <<http://www.vagalume.com.br/>> Acesso em: 20/12/2014

VIDAL, L. V. M.; AMORIM, W. M. Reconhecimento do psiquiatra Jurandyr Manfredini entre estudantes da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 1954-1955. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, v. 4, n. 1, fev. 2008.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm.**, v. 13, nº4, p.593-8, 2004.

## **APÊNDICE A – Roteiro para a entrevista**

### **1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

Entrevista nº:

Data:

Início:

Término:

Sexo:

Idade:

### **2. QUESTÃO ORIENTADORA DA ENTREVISTA:**

- Como é para você ter uma doença mental?

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Título do estudo:** Percepções do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental

**Pesquisadora responsável:** Profa. Dra Marlene Gomes Terra

**Mestranda pesquisadora:** Enfa. Mda. Gabriela Zenatti Ely

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Programa de Pós Graduação em Enfermagem

**Telefones para contato:** (55) 3220-8029

**Local da coleta de dados:** Unidade Paulo Guedes – Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Porém, antes de concordar e responder a entrevista (conversa) é importante que você compreenda as informações contidas neste documento, pois a pesquisadora deverá responder todas as suas dúvidas. Além disso, você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade ou perda de benefícios aos quais tenha direito.

- **Objetivo:** Desvelar a percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental.

- **Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista (conversa) individual, gravada em gravador digital, em que a pesquisadora fará algumas perguntas. Caso você não desejar, sua vontade será respeitada. O dia e horário para realização da entrevista serão marcados com você conforme a sua disponibilidade. O tempo de duração da entrevista será conforme você desejar. A entrevista será realizada em uma sala da Unidade Paulo Guedes, previamente reservada, ou em outro local da Unidade Paulo Guedes da sua escolha. O que você falar será digitado (transcrito) e será guardado por cinco anos, por determinação ética da pesquisa, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Marlene Gomes Terra (orientadora desta pesquisa), em seu armário exclusivo para pesquisa, chaveado, que está em uma sala no Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Após este período, os dados (transcrições) serão destruídos. Somente as pesquisadoras envolvidas nesta pesquisa terão acesso à gravação, a qual será destruída logo após a sua digitação (transcrição). Os dados coletados, depois de organizados e analisados, deverão ser divulgados e publicados, ficando a pesquisadora juntamente com a professora responsável comprometidas em apresentar o relatório da pesquisa para o serviço no qual você está internado(a).

- **Benefícios:** Para você, os benefícios serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para a construção de conhecimento em saúde e enfermagem, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática. Além disso, proporcionarão a reflexão dos profissionais da saúde acerca de sua prática e reavaliação das questões e ações implícitas à sua atuação profissional, melhorando o cuidado ao ser humano com diagnóstico de doença mental. Sua resposta, juntamente com as de outros pacientes da Unidade Paulo Guedes



vão ajudar a entender o que significa ter uma doença mental internado em uma Unidade Hospitalar Psiquiátrica.

- **Riscos:** Você, a princípio, não sofrerá risco, mas poderá sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter de relembra algumas situações que já vivenciou e que possam ter causado sofrimento. Caso isto venha a acontecer, poderei concluir a entrevista e encaminhá-lo(a) para conversar com um profissional (enfermeiro, psicólogo) do serviço, previamente acordado.

- **Sigilo:** Ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados na forma de Dissertação de Mestrado, bem como de artigos em Revistas da Área da Enfermagem. Sendo assim, as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Você não será identificado(a) em nenhum momento. A sua identificação será através da letra 'H', que é a inicial da palavra "homem no mar" seguida de um número (H1, H2, H3...).

Este documento foi desenvolvido respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, revisado e aprovado pela Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do HUSM (DEPE) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Santa Maria.

É importante salientar, caso você tenha alguma dúvida sobre a pesquisa ou a ética desta pesquisa, entre em contato com:

**A pesquisadora Gabriela Zenatti Ely ou com a orientadora Profa. Dra. Marlene Gomes Terra, por meio do número (55) 3220-8029.**

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa, através do número (55) 3220-8263.**

**Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFMS Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – CEP: 97105-900, Santa Maria, RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: [comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br](mailto:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br).**

**Com o cartão telefônico fornecido pela pesquisadora.**

Eu, \_\_\_\_\_ estou ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, aceito participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando uma de posse de uma das pesquisadoras.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

---

Assinatura do(a) participante da pesquisa

---

Assinatura da pesquisadora

## APÊNDICE C – Termo de Confidencialidade

**Título do estudo:** Percepções do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental

**Pesquisadora responsável (orientadora):** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marlene Gomes Terra

**Pesquisadora:** Enf<sup>a</sup> Md<sup>a</sup> Gabriela Zenatti Ely

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/ Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

**Telefone para contato:** (55) 3220-8029

**E-mail:** martesm@hotmail.com.br; gabii\_ely@yahoo.com.br

**Local da coleta de dados:** Unidade Paulo Guedes – Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

As pesquisadoras do presente projeto se comprometam a preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados foram coletados em entrevista gravada em áudio e realizadas em uma sala reservada na Unidade Paulo Guedes – Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Concordam, igualmente, que estas informações foram utilizadas para execução da presente dissertação e construção de um banco de dados do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas Famílias e Sociedade, do Departamento de Enfermagem da UFSM. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em um armário chaveado na sala 1445 no Centro de Ciências da Saúde (prédio 26), no Campus da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), núcleo de pesquisa do Grupo de pesquisa Cuidado à Saúde das pessoas, saúde e sociedade, cadastrado no CNPq, por um período de cinco (5) anos, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável deste projeto, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marlene Gomes Terra. Após este período, os dados serão destruídos. O projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., com o número do CAAE .....

Santa Maria, \_\_\_\_\_ de 2014

.....  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Marlene Gomes Terra  
Orientadora  
CI: 1000626968