

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

**SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELO FAMILIAR À
ALTA HOSPITALAR DA PESSOA COM
TRANSTORNO MENTAL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Fernanda Franceschi de Freitas

Santa Maria, RS, Brasil.

2012

SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELO FAMILIAR À ALTA HOSPITALAR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

Fernanda Franceschi de Freitas

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marlene Gomes Terra

Santa Maria, RS, Brasil.

2012

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

Freitas, Fernanda Franceschi de
Significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com Transtorno Mental / Fernanda Franceschi de Freitas.-2012.
99 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, 2012

1. Família. 2. Pessoas mentalmente doentes. 3. Alta do paciente. 4. Enfermagem. I. Terra, Marlene Gomes II. Título.

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


A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

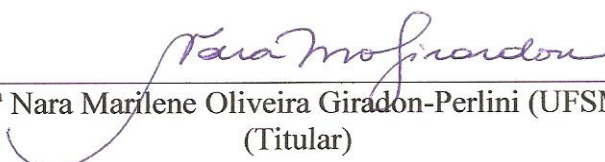
**SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELO FAMILIAR À ALTA
HOSPITALAR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL**


elaborada por
Fernanda Franceschi de Freitas

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA


Dr^a Marlene Gomes Terra (UFSM)
(Presidente/Orientadora)


Dr^a Nara Marilene Oliveira Giradon-Perlini (UFSM)
(Titular)


Dr^a Marinês Tambara Leite (UFSM/CESNORS)
(Titular)

Santa Maria, 20 de dezembro de 2012

Dedico este trabalho à minha família: Cilon, Lúcia, Celita e Rodrigo,
por transmitir os valores que norteiam minha existência.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a Deus e aos seres de luz que me acompanham.

Agradeço, ainda, aos preciosos seres humanos que estiveram ao meu lado nessa caminhada, e, sem os quais, a concretização dessa obra não seria possível.

À minha família e ao Romaldo, muito obrigada!

À professora Marlene Gomes Terra, ao Adão e a Gabi, muito obrigada!

Aos familiares que participaram da pesquisa, muito obrigada!

Aos colegas do Serviço de Psiquiatria do HUSM, muito obrigada!

Aos professores da banca examinadora, muito obrigada!

Aos colegas de turma, muito obrigada!

A todos os enfermeiros (as) que contribuíram para meu desenvolvimento profissional, ao longo dos anos de trabalho, muito obrigada!

RETRATO DE FAMÍLIA

Este retrato de família
está um tanto empoeirado.
Já não se vê no rosto do pai
quanto dinheiro ele ganhou.

Nas mãos dos tios não se percebem
as viagens que ambos fizeram.
A avó ficou lisa, amarela,
sem memórias da monarquia.

Os meninos, como estão mudados.
O rosto de Pedro é tranqüilo,
usou os melhores sonhos.
E João não é mais mentiroso.

O jardim tornou-se fantástico.
As flores são placas cinzentas.
E a areia, sob pés extintos,
é um oceano de névoa.

No semicírculo de cadeiras
nota-se certo movimento.
As crianças trocam de lugar,
mas sem barulho: é um retrato.

Vinte anos é um grande tempo.
Modela qualquer imagem.
Se uma figura vai murchando,
outra, sorrindo, se propõe.

Esses estranhos assentados,
meus parentes? Não acredito.
São visitas se divertindo
numa sala que se abre pouco.

Ficaram traços da família
perdidos no jeito dos corpos.
Bastante para sugerir
que um corpo é cheio de surpresas.

A moldura deste retrato
em vão prende suas personagens.
Estão ali voluntariamente,
saberiam - se preciso - voar.

Poderiam sutilizar-se
no claro-escuro do salão,
ir morar no fundo dos móveis
ou no bolso de velhos coletes.

A casa tem muitas gavetas
e papéis, escadas compridas.
Quem sabe a malícia das coisas,
quando a matéria se aborrece?

O retrato não me responde,
ele me fita e se contempla
nos meus olhos empoeirados.
E no cristal se multiplicam

os parentes mortos e vivos.
Já não distingo os que se foram
dos que restaram. Percebo apenas
a estranha idéia de família

viajando através da carne.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

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

SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELO FAMILIAR À ALTA HOSPITALAR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

AUTORA: FERNANDA FRANCESCHI DE FREITAS

ORIENTADORA: MARLENE GOMES TERRA

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 20 de dezembro de 2012.

No cotidiano de uma unidade de internação psiquiátrica, a fragilização dos familiares de pacientes hospitalizados compõe parte da realidade vivenciada pelos profissionais da área da saúde. A ansiedade ocasionada por ter uma pessoa significativa hospitalizada gera necessidade de escuta deste familiar, um momento que possa descrever como se sente quanto à internação e, após, em relação à alta hospitalar. Este estudo objetivou compreender os significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental. Utilizou-se a abordagem qualitativa de natureza fenomenológica à luz do referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty e da fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur. O cenário de pesquisa foi a Unidade de Internação Psiquiátrica Paulo Guedes do Hospital Universitário de Santa Maria/RS. A entrada em campo aconteceu após a aprovação do protocolo do Projeto de Dissertação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria, sob o nº 0343.0.243.000-11. Para a produção dos dados foi realizada uma entrevista com 10 familiares de pessoas internadas na referida unidade, mas que já haviam sido comunicadas da alta hospitalar, no período de janeiro a março de 2012. O número de entrevistas não foi previamente definido, uma vez que na fenomenologia observa-se a invariância dos significados aparentes nos discursos e convergentes com os objetivos da pesquisa. Utilizou-se a seguinte questão norteadora para os encontros: Conte-me o que a alta de seu familiar da unidade de internação psiquiátrica significa para você. A partir da compreensão e interpretação dos discursos dos familiares emergiu a metáfora em três temas: o mundo da família revelado pelo familiar, a existencialidade do familiar na relação com o outro (a pessoa com transtorno mental) e ambiguidade da alta hospitalar: entre a possibilidade de convívio e o receio de uma nova crise. Os significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental desvelaram-se marcados pela ambiguidade. Em um momento, o familiar expressa satisfação pela melhora do outro e por restabelecer o convívio. Em outro, manifesta receio diante do horizonte de possibilidades por vir, em consequência da recordação do vivido com seu ente. Assim, observa-se que a enfermagem pode construir espaços de intersubjetividade com os familiares, visando à sua compreensão do processo de alta, de modo que esses sejam auxiliados no exercício da ressignificação de suas vivências e no enfrentamento de suas ambiguidades.

Palavras-Chave: Família. Pessoas mentalmente doentes. Alta do paciente. Enfermagem.

RESUMEN

Disertación de Maestría
Programa de Postgrado en Enfermería
Universidade Federal de Santa Maria

SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS POR EL FAMILIAR AL ALTA HOSPITALARIA DE LA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL

AUTOR: FERNANDA FRANCESCHI DE FREITAS

ORIENTACIÓN: MARLENE GOMES TERRA

Fecha y Defensa Local: Santa Maria, 20 de diciembre de 2012.

En el cotidiano de una unidad de internación psiquiátrica, el debilitamiento de los familiares de los pacientes hospitalizados compone parte de la realidad que viven los profesionales del área de la salud. La ansiedad ocasionada por tener una persona significativa hospitalizada genera una necesidad de escucha de este familiar, un momento que puede describir cómo se siente cuanto a la internación y, después, en relación al alta hospitalaria. Este estudio tuvo como objetivo comprender los significados atribuidos por el familiar al alta hospitalaria de la persona con trastorno mental. Se utilizó el abordaje cualitativo de naturaleza fenomenológica a la luz del referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty y de fenomenología-hermenéutica de Paul Ricoeur. El escenario de investigación fue la Unidad de Internación Psiquiátrica Paulo Guedes del Hospital Universitario de Santa Maria/RS. La entrada en campo ocurrió tras la aprobación del protocolo del Proyecto de Disertación por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), bajo el número 0343.0.243.000-11. Para la producción de los datos fue realizada una entrevista con 10 familiares de personas internadas en la referida unidad, pero que ya habían sido comunicadas del alta hospitalaria, en el período de enero a marzo de 2012. El número de entrevistas no fue previamente definido, una vez que en la fenomenología se observa la invariancia de los significados aparentes en los discursos y convergentes con los objetivos de la investigación. Para los encuentros se utilizó la siguiente pregunta orientadora: Dime lo que el alta de su familiar de la unidad de internación psiquiátrica significa para ti. A partir de la comprensión e interpretación de los discursos de los familiares emergió la metáfora en tres temas: el mundo de la familia revelado por el familiar, la existencialidad del familiar en la relación con el otro (la persona con trastorno mental) y ambigüedad del alta: entre la posibilidad de convivir y el miedo e una nueva crisis. Los significados atribuidos por el familiar al alta hospitalaria de la persona con trastorno mental se desvelaron marcados por la ambigüedad. En un momento, el familiar expresa satisfacción por la mejora del otro y por restablecer el convivio. En otro, manifiesta recelo ante el horizonte de posibilidades por venir, en consecuencia del recuerdo del vivido con su ente. Así, se observa que la enfermería puede construir espacios de intersubjetividad con los familiares, visando su comprensión del proceso de alta, de modo que esos sean auxiliados en el ejercicio de la re-significación de sus vivencias y en el enfrentamiento de sus ambigüedades.

Palabras Clave: Familia. Personas mentalmente enfermas. Alta del paciente. Enfermería.

ABSTRACT

Master Dissertation
Graduate Program in Nursing
Universidade Federal de Santa Maria

MEANINGS ATTRIBUTED BY THE FAMILY TO DISCHARGE OF THE PERSON WITH MENTAL DISORDER

AUTHOR: FERNANDA FRANCESCHI DE FREITAS

ADVISOR: MARLENE GOMES TERRA

Place and Date of Defense: Santa Maria, December 20th, 2012.

In the daily life of a psychiatric inpatient unit, the weakening of family members from hospitalized patients composes part of the reality which is experienced by health professionals. The anxiety caused by having a close person hospitalized generates the need to hear this familiar, a moment that can describe how you feel about the hospital and after in terms of hospital discharge. This study aimed to understand the meanings attributed by the family to the discharge of the person with mental disorder. It was used a qualitative approach from phenomenological nature in the light of Maurice Merleau-Ponty's theoretical-philosophical phenomenology source and hermeneutics, from Paul Ricoeur. The scenario from the research was the Unidade de Internação Psiquiátrica Paulo Guedes from Hospital Universitário de Santa Maria / RS. The entry field happened after the adoption of the Draft Protocol Dissertation Ethics Committee on Human Research of Universidad Federal de Santa Maria under No. 0343.0.243.000-11. For data production, it was realized an interview with 10 family members of people admitted to the unit, but that had already been reported from hospital, from January to March 2012. The number of interviews was not predetermined, since the phenomenology observed invariance of the meanings apparent in speeches and converged with the research objectives. We used the following guiding question for the meetings: tell me what the hospital discharge of your family unit psychiatric hospitalization mean to you? From the understanding and interpretation of the speeches from family emerges the metaphor in three themes: the world of the family revealed by the familiar, existentialism by family relationship with the other (a person with a mental disorder) and hospital discharge ambiguity: between the possibility of living together and the fear off another crisis. The meanings assigned to the hospital by a family member of a person with mental disorder unveiled marked by ambiguity. At one point, the family expressed satisfaction with the improvement in another and restore the living. On the other hand, the family expressed fear before the horizon of possibilities to come, due to the memory of their loved living with. Thus, it is observed that Nursing can to build spaces of intersubjectivity with relatives, seeking their understanding of the discharge process, so these are aided in the performance of reframing their experiences and facing its ambiguities.

Keywords: Family. Mental Sick Person .Discharge. Nursing.

LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A – Carta de Aprovação do Projeto de Pesquisa emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM	94
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	96
APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade	98
APÊNDICE C – Entrevista Fenomenológica.....	99

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
2 REVISÃO DE LITERATURA: A POSSIBILIDADE DE UM OUTRO OLHAR PELO SABER QUE SE INSTALA NOS HORIZONTES ABERTOS PELA PERCEPÇÃO	19
2.1 A historicidade da psiquiatria e da constituição da família	19
2.2 Avanços na assistência em saúde mental	23
2.3 O familiar e a família vivenciando a internação e alta psiquiátrica	28
3 REFERENCIAL TEÓRICO - FILOSÓFICO - METODOLOGICO: FENOMENOLOGIA DE MAURICE MERLEAU-PONTY E FENOMENOLOGIA-HERMENÊUTICA DE PAUL RICOEUR	31
3.1 A fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty como referencial teórico-filosófico	32
3.2 A fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico	36
4 PERCURSO METODOLÓGICO	39
4.1 Tipo de pesquisa	39
4.2 Cenário da pesquisa	40
4.3 Participantes da pesquisa.....	42
4.4 Etapa de campo.....	44
4.4.1 Aproximação e ambientação com o cenário da pesquisa	44
4.4.2 Produção de dados: a entrevista para obter as descrições vivenciais	45
4.4.3 A expressividade no encontro	49
4.5 Compreensão e interpretação.....	51
4.6 Dimensão ética	53
5 DESVELANDO O SIGNIFICADO ATRIBUÍDO PELO FAMILIAR À ALTA HOSPITALAR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL.....	55
5.1 O mundo da família revelado pelo familiar	56
5.2 A existencialidade do familiar na relação com o outro (a pessoa com transtorno mental)	60
5.3 Ambiguidade da alta hospitalar: entre a possibilidade de convívio e o receio de uma nova crise	65
6 APROPRIAÇÃO: REFLEXÕES DESENCADEADAS PELA ESCUTA SENSÍVEL DO FAMILIAR.....	71
7 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ENCONTRO VIVIDO COM O FAMILIAR.....	76
REFERÊNCIAS	82
ANEXOS	93
APÊNDICES	95

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

“Em toda parte há sentidos, dimensões, figuras,
para além daquilo que cada “consciência” teria
possibilidade de produzir, são, entretanto, homens
que falam, pensam, vêem.”
(MERLEAU-PONTY, 1999, p.28)

Diante da reflexão constante sobre as competências e possibilidades de atuação do enfermeiro, durante a caminhada acadêmica, surgiu meu interesse e minhas inquietações sobre a saúde mental. Comecei minha trajetória profissional, no ano 2002, em Porto Alegre - RS, tendo um hospital psiquiátrico como local de meu primeiro emprego. Posso descrever esta experiência como marcante e muito gratificante, pois fui acolhida com carinho pelos enfermeiros. Senti-me privilegiada por dar início às atividades profissionais na área de meu interesse, e porque aprendi com os profissionais que convivi, com as pessoas com transtorno mental que lá estavam internadas e com os familiares que tive contato. Quanto a estes, repetidas vezes os observei em busca da melhor assistência possível para seu parente.

Apesar do tratamento diferenciado já oferecido às pessoas hospitalizadas naquele local, ainda visualizei parte de uma realidade historicamente enraizada na lógica manicomial. Refleti, então, sobre os desafios da reformulação do modelo de assistência em saúde mental, advindos com os preceitos da Reforma Psiquiátrica em 2001.

Precedendo a referida articulação, o Rio Grande do Sul mostrou-se pioneiro na iniciativa por melhorias no atendimento em saúde mental prestado à população, por meio da aprovação da Lei Estadual nº 9716, de 07 de agosto de 1992, que determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos, por rede de atenção integral em saúde mental, e, estabelece regras de proteção às pessoas em sofrimento psíquico (RIO GRANDE DO SUL, 1992).

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início no final dos anos de 1970, com a mobilização dos trabalhadores de saúde mental, denunciando as más condições de assistência às pessoas internadas nos grandes hospitais psiquiátricos. As manifestações pela Reforma Psiquiátrica resultaram na elaboração da Lei nº 10.216 de 2001, que propôs mudanças nas práticas em saúde mental, incentivando a equidade na oferta dos serviços, o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental, bem como, o

desenvolvimento de uma rede extra-hospitalar que garanta a reinserção social, a cidadania e a autonomia da pessoa em sofrimento psíquico (BRASIL, 2001).

Dando continuidade ao meu percurso profissional, há nove anos vivencio a prática assistencial como enfermeira na área de saúde mental, na Unidade de Internação Psiquiátrica Paulo Guedes do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). O trabalho do enfermeiro em saúde mental envolve o cuidado a pessoas com transtorno mental nas diferentes condições (de leve a grave, de aguda a crônica); intervenção em crises quando os recursos extra-hospitalares disponíveis não são suficientes para dar conta de uma situação nova, desgastante ou de emergência; atuação nos diferentes serviços disponíveis na rede de saúde mental, de acordo com as condições de quem necessita de ajuda; o trabalho interdisciplinar e a parceria entre a pessoa com transtorno mental e sua família (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

No ano de 2009, iniciei a participação no Grupo de Pesquisa Cuidado a Pessoas, Famílias e Sociedade, na Linha de Pesquisa Políticas e Práticas de Cuidado na Saúde Mental e Dependência Química das Pessoas, Famílias e Sociedade, do Departamento de Enfermagem/UFSM. Neste espaço, tive acesso a informações sobre metodologia de pesquisa, participei de projetos, debati e troquei experiências sobre vários assuntos em saúde mental, e fui estimulada a dar continuidade à minha formação, participando da seleção para o Curso de Mestrado. Neste contexto, percebi que a pesquisa se mostra necessária para a reflexão e aprimoramento da realidade na qual estou inserida.

Partindo do meu cotidiano como enfermeira assistencial, observei que o familiar da pessoa com transtorno mental precisa de um espaço no contexto da assistência para ser ouvido com sensibilidade, para que se possa compreender seus sentimentos, medos e angústias, relacionadas à internação da pessoa, que estará sob os seus cuidados após a alta hospitalar. A sensibilidade, tão necessária à enfermagem, é um sentimento descrito como capacidade de se comover com as emoções de outras pessoas; como atitude da existência humana, traduzida em compreensão, solidariedade e afetividade (TERRA, 2007). Observa-se que a ansiedade causada por ter alguém significativo hospitalizado gera necessidade de escuta a este familiar. Um momento onde ele possa descrever como se sente diante da responsabilidade de zelar pelo corpo sensível do outro e, ainda, expor suas expectativas quanto à internação, e após a alta hospitalar.

Para tanto, é preciso olhar o familiar como corpo sensível inserido no mundo, que necessita ser compreendido a partir da experiência vivida (MERLEAU-PONTY, 1999). O sofrimento psíquico pode ser percebido pela expressividade do corpo, por meio dos gestos,

postura e movimentos. O familiar da pessoa com transtorno mental tem muito a comunicar por meio de sua expressão corporal, sobre as vivências entre a família e com o outro, o qual necessita de cuidado.

Cabe destacar que habitualmente, os estudos de enfermagem que possuem como tema a família, são desenvolvidos por meio de informações fornecidas por um integrante desta genealogia, o familiar, um ser com características singulares, que auxilia na composição deste grupo denominado de família. Essa congregação de pessoas é utilizada como contexto para um fenômeno individual, o qual se pretende desvelar e é manifestado pelo familiar (ANGELO et al., 2009).

Nesse sentido, pesquisa realizada em bases de dados, no mês de maio de 2011, acerca de estudos científicos que abordam o tema da família na alta da pessoa com transtorno mental, publicados na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SCIELO), evidenciou após análise do material selecionado, quatro categorias temáticas presentes nas publicações: a vivência do sofrimento psíquico pela família, as fragilidades, as contribuições aos serviços de saúde mental e as ações dos profissionais de saúde.

Em relação à vivência do sofrimento psíquico pela família, os artigos analisados revelam que esta também é afetada pelo estigma da doença mental, levando a um progressivo afastamento da vida social. A família não se sente competente para auxiliar na recuperação da pessoa em sofrimento psíquico, não está contente com o tratamento que seu familiar recebe, mas, ao mesmo tempo, tem dificuldade em identificar alternativas de cuidado ao seu redor. Os problemas vivenciados geram uma sobrecarga capaz de desencadear o sofrimento psíquico também da família (SEVERO et al., 2007; NUNES; TORRENTE, 2009).

Quanto aos serviços de saúde mental, os estudos mostram que não há projeto pedagógico para as famílias, os recursos terapêuticos substitutivos são insuficientes, faz-se necessária a união de esforços para enriquecer as redes familiares e sociais da pessoa em sofrimento psíquico em termos quantitativos (serviços extra-hospitalares de apoio, profissionais qualificados) e qualitativos (apoio, informação, pesquisas, entre outros) (RANDEMARK; BARROS, 2007; REINALDO; SAEKI, 2004). Como contribuições à rede de saúde mental, as pesquisas sugerem desenvolver ações contínuas de educação em saúde e apoio a familiares, e incluir na rotina dos serviços uma avaliação periódica das dificuldades enfrentadas pela família, para que possa ser exercitado o compartilhamento de responsabilidades entre equipe e familiares (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007, 2009; GONÇALVES; LUIS, 2010).

No que diz respeito aos profissionais de saúde mental, revela-se a necessidade de reforçar a interação da equipe com as famílias, saindo dos serviços e indo até as comunidades e domicílios, se for necessário, para aumentar a circulação de informações, conhecer a dinâmica familiar, identificar as dificuldades e potencialidades no acolhimento da pessoa em sofrimento psíquico e oferecer o apoio de que necessitam. Para desempenhar estas funções com habilidade, torna-se imprescindível que os profissionais busquem fundamentação teórica para o cuidado em saúde mental (SOUZA et al., 2009; SEVERO et al., 2007).

Da mesma forma, buscou-se as tendências das produções da Pós-Graduação em Enfermagem no Brasil sobre o tema desta pesquisa no Banco de Teses da CAPES, abrangendo o período de 2001 a 2010. Foram encontradas 21 dissertações de mestrado e oito teses de doutorado, que versam basicamente sobre a complexidade de ser familiar e experienciar o transtorno mental e acerca de sugestões aos enfermeiros para qualificar a assistência às famílias em saúde mental.

No que diz respeito a complexidade de ser familiar e experienciar o transtorno mental, as pesquisas apontam resultados semelhantes aos dos artigos analisados. Entretanto, acrescentam informações ao estudo mencionado anteriormente, ao revelar que os familiares se sentem felizes quando visualizam alguma melhora na pessoa com transtorno mental. Contar com uma rede de apoio, compartilhar saberes, afeto e firmar parcerias, lhes proporciona conforto e bem estar, permitindo-lhes mobilizar competências e potencialidades para enfrentar as dificuldades, assim como motivar o entusiasmo pela vida e a busca de saúde (FRANCO, 2002; VIANA, 2002; SILVA, 2003; DAMASIO, 2006; DIAS, 2010).

Em relação às sugestões aos enfermeiros para qualificar a assistência às famílias em saúde mental, as investigações afirmam que os profissionais necessitam reconhecer a forma como lidam com os familiares nos serviços, para que possam identificar possíveis falhas, buscar metodologias para o trabalho com esta população e planejar seu atendimento (ALMEIDA, 2002; EINKHOFF, 2006; PORTELA, 2006). O cuidado ofertado precisa ser contínuo, ético, sensível e criativo, uma vez que os locais de atendimento à saúde também representam apoio e segurança, na perspectiva dos familiares (OLIVEIRA, 2001; DAMÁSIO, 2006). Em consequência da mudança de paradigmas que ainda está em andamento na saúde mental, os enfermeiros precisam substituir a imagem da família que somente abandona, discrimina e não mantém relações afetivas, pela visão da família participante e parceira no processo terapêutico da pessoa com transtorno mental (OSINAGA, 2004; WAIDMAN, 2004; BORBA, 2010).

Destaca-se o estudo desenvolvido por Mello e Schneider (2011), que teve como objetivo identificar os motivos para, relacionados à internação psiquiátrica em um hospital geral para os familiares, utilizando como referencial teórico metodológico a fenomenologia de Alfred Schutz. Essa pesquisa evidenciou que os familiares encontram dificuldade em pensar o tratamento da pessoa com transtorno mental na rede extra-hospitalar, sentem-se impotentes para enfrentar uma crise fora do hospital, o internamento permite que o familiar pense e cuide de si, e ainda demonstra que estas pessoas reconhecem a internação como um ato intencional, que tem em vista um projeto futuro, com a melhora da pessoa com transtorno mental.

Ao final da análise do conhecimento produzido pela enfermagem, constatou-se que a família precisa ser acolhida, ouvida e orientada pelos profissionais de saúde, para sentir-se fortalecida no cuidado diário à pessoa com transtorno mental. Destaca-se a importância das ações de enfermagem em saúde mental direcionadas à família, pois esta é dispositivo fundamental para o fortalecimento da rede de saúde e aliada no cuidado. Identificou-se também algumas lacunas que permitem novas investigações: somente um estudo foi desenvolvido em unidade de internação psiquiátrica de hospital geral; não há estudos voltados a compreensão dos significados atribuídos pelos familiares à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental; apenas duas pesquisas utilizaram a fenomenologia como referencial teórico-filosófico e entre estas, uma empregou a fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty.

Dessa maneira, para nortear e assegurar uma conexão coerente dos conceitos abordados torna-se importante esclarecer que família neste estudo, será concebida como, um grupo de pessoas com vínculos afetivos, consanguíneos ou de convivência. Representa o primeiro espaço de socialização que transmitirá os valores e costumes que formarão a personalidade e estrutura emocional do ser humano (BRASIL, 2002a). Logo, é a unidade primária de cuidado aos seus membros, onde o processo saúde/doença acontece e geralmente é resolvido (ELSEN, 2002).

No que se refere as patologias psiquiátricas, observa-se que a maioria dessas não possui cura, o que exige uma adaptação da família para a convivência com essa situação. Tal realidade desperta sentimentos que se relacionam com as dificuldades emergidas neste processo: despreparo emocional, falta de conhecimento sobre a doença mental, a angústia e impotência diante da crise, cidadania comprometida, ambiente familiar e interacional nas relações pessoais prejudicados, rejeição, culpabilização, medicalização do corpo para a cura e o sanar dos problemas familiares (JORGE et al., 2008).

Contudo, com o advento da Reforma Psiquiátrica, os familiares tornaram-se os principais provedores de cuidados à pessoa com transtorno mental. A palavra de ordem da

reestruturação do modelo em saúde mental é a desinstitucionalização, ou seja, o restabelecer do vínculo com a sociedade e a família das pessoas que se encontravam internadas há muito tempo, ou até residindo nos grandes hospitais psiquiátricos. Para tanto, faz-se necessário o aumento da oferta de serviços comunitários de atenção à saúde mental, como, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e a internação psiquiátrica somente depois de esgotadas as possibilidades de tratamento extra-hospitalar, sendo esta preferencialmente, em unidades psiquiátricas de hospitais gerais (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008).

O familiar diversas vezes enfrenta uma sobrecarga emocional pela convivência junto a pessoa com transtorno mental, desencadeando incompreensão, rejeição, motivando reinternações ou internações de longa permanência (GONÇALVES; SENA, 2001). A internação pode ser vivenciada, possivelmente, como um período de ‘alívio’ para os cuidadores, um momento em que estes podem se reorganizar e se fortalecer para receber novamente no lar a pessoa que está hospitalizada (SOUZA; SCATENA, 2005).

A reinserção da pessoa em sua rede familiar e social requer uma avaliação e planejamento prévio quanto ao apoio proporcionado pelo familiar para o enfrentamento do tratamento; quanto ao suporte social, no que prevê atividades de lazer, possível vínculo empregatício e quanto à oferta de serviços de saúde de referência, para o acolhimento da família.

A escolha por desenvolver estudo com os familiares que estão aguardando a alta do paciente da unidade de internação partiu de minha vivência de trabalho, ocasião em que acompanhei, por diversas vezes, o paciente concluir o tratamento e estar apto a retornar para seu domicílio, preferencialmente acompanhado por um familiar responsável. Neste momento, percebi emoções emergindo das pessoas envolvidas e em especial aquelas vindas dos familiares despertaram minha atenção, devido à diversidade de sentimentos expressos: felicidade, insegurança, resignação, esperança, indiferença, entre outros.

Sendo assim, a presente pesquisa se justifica pela necessidade da enfermagem realizar a escuta da vivência do familiar, no processo de alta do indivíduo com transtorno mental de uma unidade de internação psiquiátrica, pois neste momento é restituída à família, a incumbência do cuidado. É preciso considerar as vivências e experiências anteriores do familiar, os momentos difíceis enfrentados, os motivos da internação e a possibilidade de uma próxima experiência de hospitalização frente a uma nova crise.

Optei por desenvolver uma pesquisa sustentada no referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty, visto que essa abordagem preocupa-se com as experiências do ser humano. Por isso, busca o sentido dessas vivências e a “intencionalidade do outro para

recolocá-lo no mundo”. Por meio do corpo, o ser humano está no mundo, local originário de todos os pensamentos e percepções, condutoras do conhecimento à consciência. É pelo corpo que o homem torna-se sensível ao mundo e ao outro (TERRA, 2007, p. 77).

A partir destas considerações, apresento como **objeto de estudo**: o significado atribuído pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental. Por entender a importância do envolvimento do familiar no cuidado à pessoa com transtorno mental, esta investigação possui como **questão de pesquisa**: quais os significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental? E, como **objetivo**: compreender os significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental.

Os profissionais da área da saúde também assumem o papel de facilitadores da concretização da Reforma Psiquiátrica, logo, não podem supor que o familiar seja (in)capaz de assistir a pessoa em sofrimento psíquico, entender a patologia psiquiátrica, os cuidados exigidos, os problemas da vida cotidiana, entre outras atribuições, sem uma escuta atenta de como é para ele enfrentar o tratamento, como cuidador familiar (GONÇALVES; SENA, 2001).

2 REVISÃO DE LITERATURA: A POSSIBILIDADE DE UM OUTRO OLHAR PELO SABER QUE SE INSTALA NOS HORIZONTES ABERTOS PELA PERCEPÇÃO

“A construção é um gesto, o que significa dizer que o traçado efetivo exprime, no exterior, uma intenção”
(MERLEAU-PONTY, 2006, p. 516).

Nesta pesquisa, a revisão de literatura busca resgatar a historicidade da psiquiatria e da constituição da família, os avanços na assistência em saúde mental, o familiar e a família vivenciando a internação e a alta psiquiátrica.

2.1 A historicidade da psiquiatria e da constituição da família

Desde o século XV, a face da loucura assombra a imaginação do homem ocidental. A ascensão das imagens da loucura na Renascença (período entre o final do século XIII até meados do século XVII, que marcou o término da Idade Média e início da Era Moderna na Europa, por realizar profundas transformações nas artes, filosofia e ciências, norteando estas em direção a um ideal humanista e naturalista) surgiu devido às muitas representações da insanidade ilustradas pelas artes, por meio de imagens fantásticas e enigmáticas, com excesso de significações, que despertavam a curiosidade e fascinavam os homens da época (FOUCAULT, 2010).

Entre as obras desse período pode-se citar *O Navio dos Loucos*, pintura crítica e metafórica do artista holandês Hyeronimus Bosch, de 1503, onde o mastro da tal embarcação é ilustrado pela árvore proibida do paraíso, que representa o triunfo de um poder diabólico; retrata ainda personagens do clero (religiosa e padre) em meio a uma população embriagada e um louco à frente do barco. Essa ilustração pode ter sido inspirada no poema *Stultifera Navis*, de 1494, escrito pelo satirista alemão Sebastian Brant. Neste poema, o autor narra os desvios de conduta da sociedade (devassidão, profanidade, jogo e álcool), representados por loucos de

todas as classes sociais, navegando rumo à terra prometida dos insanos, mas antes de naufragar, chegam à terra das riquezas, onde tudo o que se deseja é oferecido (FOUCAULT, 2010).

O que há de impossível, inumano, monstruoso e desorganizado, retratado nas artes da Renascença, representa os instintos primitivos do homem, libertos da moralidade. Os delírios que emergem com a loucura já estavam ocultos nos homens, como uma verdade sombria. A compreensão do significado dessas representações exige um saber; distante da sociedade, que se horroriza com a loucura, e ao mesmo tempo próximo, por tê-la representada por seus contemporâneos. Surge daí a curiosidade por “um saber tão inacessível e temível, que o louco domina em sua parvoíce inocente” (FOUCAULT, 2010, p. 21).

Esta visão trágica da loucura foi contestada pela vertente humanista e crítica do século XV, representada por Brant e Erasmo (teólogo holandês, autor de *Elogio à Loucura*, ensaio satírico publicado em 1511, sobre a autodepreciação da loucura e os abusos supersticiosos do catolicismo), pois estes acreditavam que a loucura nascia no coração dos homens, organizando e desorganizando sua conduta. Desaparecia quando o essencial era revelado (vida, morte, justiça e verdade) aos olhos do sábio, para quem a insanidade se tornava objeto de riso, e diante deste deveria inclinar-se, pois nunca seria a última palavra da verdade e do mundo (FOUCAULT, 2010).

Diante das reflexões sobre loucura e razão, surge a hipótese de que a loucura é uma forma da razão, pois a loucura possui uma razão que a julga e controla, e a razão, uma loucura na qual encontra sua verdade. Cada elemento é ele mesmo desdobrado, constituindo uma troca entre o real e a ilusão, que é o sentido dramático da loucura (FOUCAULT, 2010).

A experiência moderna da loucura não conseguiu manter a consciência crítica despertada na Renascença, deixou-se impregnar pelas figuras trágicas. Com a chegada da modernidade, a barca da loucura caiu em esquecimento, foi fortemente amarrada e retida, dando lugar ao hospital, onde cada forma de loucura possui seu lugar marcado e o internamento é uma continuidade do embarque. A ciência que orienta o pensamento racional para a classificação da loucura como doença mental precisa ser constantemente reavaliada, pois, por vezes, revela-se abusiva e carente de subsídios, ocultando de maneira perigosa a face trágica da insanidade, ainda existente (FOUCAULT, 2010).

O distanciamento entre a sanidade, representada pela sociedade acima descrita, e a loucura, assemelha-se à inexistência ou à fragilidade dos vínculos afetivos mantidos entre as pessoas, desta época. Estas tênues relações, também podem exemplificar a configuração social de família vigente no mesmo período.

A composição familiar atual, baseada no afeto da relação entre pais e filhos, residindo na privacidade de um lar, é algo relativamente recente na sociedade ocidental, que foi delineado mais nitidamente a partir do século XVII, na Europa (MELMAN, 2008).

Até o século XVII, a família não existia como sentimento ou valor, pois as relações interpessoais, inclusive entre pessoas de uma mesma genealogia, se estabeleciam em meio à multidão. Não havia preocupação com a convivência ou interação entre parentes consanguíneos em um ambiente reservado; a regra era interagir nas ruas (mercados, jogos, ofício, igrejas). As pessoas viviam misturadas umas às outras, quase não havia privacidade, grandes agrupamentos compostos por sujeitos com ou sem laços sanguíneos era o que mais se assemelhava à descrição de família, e a missão desse grupo era conservar os bens, praticar um ofício comum e ajudarem-se mutuamente (ARIÉS, 2006).

No Brasil colonial, as famílias habitavam grandes casarões rurais, onde conviviam filhos, agregados e parentes, todos rodeados por escravos, responsáveis pelo funcionamento da habitação; o casarão era uma unidade de produção e consumo, e organizava-se em torno da figura do senhor, que ocupava as funções de pai, marido e comandante da fazenda (MELMAN, 2008).

No final do século XVII surge a escola, marco fundamental para a mudança nas relações familiares (agora centradas no afeto) e atribuições da família para com a criança. Os pais começavam a entender que sua função não era a de somente colocar os filhos no mundo. Os novos costumes da época lhes impunham que estes deveriam proporcionar a todos os seus descendentes uma preparação para a vida, mas essa capacitação ficou a cargo da escola, transformada em instrumento de disciplina rígida, protegida pela justiça e política do período. O interesse inicial em enviar as crianças à escola era motivado pelo reconhecimento da sociedade, que julgava os pais preocupados com a educação, merecedores de mais respeito (ARIÉS, 2006).

No mesmo recorte de tempo, fortaleceram-se as principais influências sobre a família: a religião e a medicina. A religião mantinha uma relação de benefício mútuo com a instituição da família: fornecia sacramentos; recebia dinheiro; os filhos solteiros ou indesejados eram “doados” à igreja para fins missionários; a confissão representava um domínio do clero sobre as pessoas e sua consciência; ordens religiosas dedicaram-se ao ensino, pregando aos pais que estes eram responsáveis e guardiões espirituais de seus filhos perante a Deus, incrustando na consciência da família o encargo por formar corpos e almas. A medicina, com seu discurso moralizante, proferia conselhos educativos e sanitários (ARIÉS, 2006).

No século XIX, surge a psiquiatria moral, que prescrevia comportamentos e modelos que deveriam regular as relações familiares, entre eles, afirmavam que a pessoa em sofrimento psíquico deveria ser separada do ambiente familiar para proteger os demais da loucura (MELMAN, 2008). Assim, a responsabilidade pelo cuidado ao ser em sofrimento foi delegada às instituições asilares, onde o tratamento era baseado na educação moral e nos bons costumes. A família poderia ser responsabilizada pela doença mental, se julgassem que ela não tinha controle sobre a educação de seus componentes (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

A ideia de segregação foi associada à necessidade da sociedade da época, que buscava um destino para os loucos que vagavam pelas ruas, criando o primeiro manicômio do Brasil, o Hospício Dom Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro. A partir de então, proliferaram-se pelo país as grandes instituições psiquiátricas, que se caracterizavam como depósitos de pessoas, pois não ofereciam qualquer tipo de tratamento. Como exemplo do Rio Grande do Sul, pode-se citar o Hospital Psiquiátrico São Pedro, inaugurado em 1884, na capital, Porto Alegre, chegando a atingir o número de cinco mil internos (BRASIL, 2004).

Dessa maneira, a família foi excluída do convívio com a pessoa em sofrimento psíquico, incumbindo somente aos manicômios e aos médicos curar os que manifestassem qualquer comportamento inadequado. Os familiares só podiam realizar visitas quando a instituição permitisse, normalmente um mês após a internação, e as correspondências deveriam ser analisadas pelos profissionais, para não desencadearem reações negativas no interno (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Esta lógica de exclusão e isolamento foi sustentada pela sociedade por um século, até surgirem inquietações e reflexões para mudanças nas políticas públicas e na assistência em saúde mental, repensando os familiares como co-responsáveis pelo tratamento à pessoa em sofrimento psíquico e como responsáveis pelos vínculos afetivos.

Frente à demanda por uma família mais presente, esta foi adaptando-se ao contexto, e suas características, hoje, tornaram-se mais abrangentes, possibilitando-a ser descrita como um núcleo ativo, com particularidades únicas, composta por pessoas ligadas por vínculos sanguíneos, de interesse ou afeto, que se consideram família, convivem por um período de tempo, dividindo e edificando uma história de vida. Os membros possuem, criam e transmitem crenças, valores, conhecimentos e práticas de saúde, estabelecem objetivos de vida, desenvolvem estrutura e organização próprias, com direitos e responsabilidades. A família interage entre si e com outras pessoas, está inserida em um contexto físico, social,

cultural e político, influenciando e sendo por ele influenciada (ELSEN; ALTHOLFF; MANFRINI, 2001).

Assim, a família é reconhecida como um grupo histórico e dinâmico em virtude do movimento de suas relações, interações e inter-relações, que cria determinações e as remete à sociedade (ROCHA; NASCIMENTO; LIMA, 2002; CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004; ROSA, 2004, 2005; SILVA; NOVAIS, 2009). A família, então, é como uma unidade em constante processo de transformação.

2.2 Avanços na assistência em saúde mental

A origem dos transtornos mentais é sempre intrigante, uma vez que ainda não existe tecnologia diagnóstica acessível a toda a população, que determine por que uma pessoa desenvolve este tipo de doença. Há um consenso na comunidade científica de que a manifestação dos transtornos mentais está geralmente relacionada a uma associação entre componentes genéticos e ambientais; estes podem ser acionados em duas ocasiões diferentes: nos primeiros anos de vida (período crítico) ou na idade adulta (CALEGARO; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2008).

Desde o período embrionário, interações entre a herança genética e o meio social influenciam o desenvolvimento das estruturas e conexões neuronais. Nos primeiros anos de vida, o ambiente em que a criança habita já provoca alterações definitivas na morfologia do sistema nervoso central, pois as estruturas neurais são muito sensíveis à influência do meio externo, fazendo com que o desenvolvimento neurológico se adapte aos elementos de convivência. Também nesse período, a relação mãe-filho é essencial para a construção de uma estrutura emocional adequada. Adversidades impostas na infância podem desencadear alterações na ação de neurotransmissores, distúrbios emocionais ou cognitivos na maturidade. Um adulto, ao se defrontar com eventos traumáticos, pode despertar genes favoráveis ao desenvolvimento de transtornos mentais, que até então estavam inativos (CALEGARO; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2008).

Frente a sintomas que indiquem algum transtorno mental, faz-se necessário recorrer à avaliação de um psiquiatra, que identificará a patologia causadora de tais manifestações. Diagnosticar é uma necessidade em saúde e significa avaliar características, condições e comportamentos que precisam ser compreendidos, associados a informações obtidas por meio

de um exame pormenorizado do evento em questão. O diagnóstico de transtornos mentais possui particularidades que o diferenciam das avaliações objetivas de outras doenças. O transtorno mental possui uma série de indícios biológicos, comportamentais, afetivos e sociais que demandam análise criteriosa, pois podem induzir interpretações diferentes, realizadas por profissionais distintos, ou conforme a ocasião e situação em que se manifestam. Para um diagnóstico acurado, faz-se necessário conhecimento científico, associado a métodos adequados, uma vez que esta avaliação norteará a conduta terapêutica do profissional de saúde (DAVOGLIO, 2011).

A Classificação Internacional de Doenças (CID 10), proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), subdivisão de Transtornos Mentais e Comportamento, representa a principal orientação médica para uma definição diagnóstica. Há uma lista de sintomas para cada patologia, e a pessoa em questão deve manifestar todos, ou o maior número possível desses sinais, para que um diagnóstico possa ser considerado confiável. A CID 10 orienta que, mesmo as diretrizes diagnósticas não sendo nitidamente preenchidas, um diagnóstico provisório deve ser levantado, mas as incertezas devem ser registradas em prontuário, à espera de elucidação (CID 10, 1993). Para minimizar os equívocos diagnósticos, é necessário chegar-se a uma conclusão somente após a associação das variáveis: sintomas, características da pessoa e seu ambiente psicossocial, anamnese detalhada, exames neurológicos e cognitivos (DAMASCENO, 2007).

Cabe lembrar que para diagnosticar é preciso saber ouvir, já que nenhum método ou recurso tecnológico substitui a escuta sensível de alguém que sofre (DAVOGLIO, 2011). O maior auxílio do profissional de saúde para a coleta de informações, acompanhamento e avaliação da pessoa com transtorno mental, continua sendo a entrevista. Por meio dela, levanta-se a hipótese diagnóstica, embora esta seja esclarecida somente no decorrer do acompanhamento de cada pessoa (CORDIOLI, 2005a).

Para evitar ou minimizar possíveis equívocos, que resultam em tratamentos ineficazes e desgastantes para as pessoas que os recebem (DAVOGLIO, 2011), surge, a partir da década de 70, a neurociência, uma articulação de saberes entre diversas especialidades que estudam o sistema nervoso e contribuiu para o aprimoramento de pesquisas sobre a anatomia e fisiologia do cérebro. Esta troca de conhecimentos ampliou o olhar dos profissionais para a mente humana (CALEGARO; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2008), os auxiliando a distinguir patologias físicas pré-existentes da sintomatologia característica do transtorno mental, uma vez que sintomas de enfermidades clínicas primárias (alterações anatômicas, disfunções cerebrais, distúrbios tóxico-metabólicos) podem ser confundidos com doenças psiquiátricas

(CORDIOLI, 2005a). Apresenta-se aí uma questão ambígua: a mente deve ser diferenciada do cérebro para melhor elucidar os transtornos mentais, mas ambas as estruturas são anatomicamente inseparáveis. Cérebro e mente coexistem.

Uma vez identificado o transtorno mental, é necessário tratá-lo, para reduzir ou eliminar os sintomas que perturbam ou causam sofrimento à pessoa acometida. O tratamento das doenças psiquiátricas evoluiu muito: do confinamento e exclusão praticados pelos manicômios, até os psicofármacos e a psicoterapia, principais recursos terapêuticos utilizados atualmente.

Os psicofármacos passaram a ser utilizados contra os sintomas dos transtornos mentais a partir da década de 50 e trouxeram novas perspectivas para o tratamento dessas doenças, suscitando a reformulação de opiniões e ações desempenhadas na época (CORDIOLI, 2005b).

A indicação de determinada droga considera o diagnóstico do transtorno mental apresentado, possíveis comorbidades, sintomas, idade da pessoa, respostas a outros fármacos já utilizados, interações com medicamentos em uso e comprovações científicas da efetividade da droga contra a doença. A proposta de tratamento deve ser discutida entre o psiquiatra, a pessoa com transtorno mental e seus familiares, para que o profissional lhes forneça informações, esclareça dúvidas, desfaça mitos, uma vez que essa conduta contribuirá para uma adesão maior à medicação e fortalecerá a relação terapêutica entre os envolvidos. Manter-se atualizado sobre os psicofármacos existentes, suas ações e indicações é essencial para o psiquiatra e demais profissionais que atuam em saúde mental, já que os efeitos das drogas repercutem em várias dimensões da vida da pessoa que as utiliza (CORDIOLI, 2005b).

Para muitas doenças psiquiátricas, a utilização de medicamentos é a primeira opção de tratamento, para alguns transtornos específicos a psicoterapia talvez seja mais indicada, mas, para grande parte das situações, a pessoa terá maior benefício utilizando a associação dos dois recursos (CORDIOLI, 2005b).

A psicoterapia é um método de tratamento interpessoal, em que um profissional capacitado utiliza a comunicação verbal e a relação terapêutica para auxiliar a pessoa com transtorno mental a modificar comportamentos prejudiciais. Esta deve estar de acordo em realizar o tratamento, pois é uma atividade colaborativa entre a pessoa e o terapeuta, que demanda uma relação face a face, de identificação e confiança. Há diferentes modelos de psicoterapia, que exigem determinadas características das pessoas que se dispõem a realizá-la, portanto a escolha do método deve ser norteada por singularidades pessoais, pelo tipo de transtorno mental apresentado e pelos resultados desejados. O plano terapêutico é desenvolvido pelo profissional, conforme o modelo de psicoterapia que este está habilitado a

praticar, mas é adaptado às particularidades de cada pessoa. Este recurso de tratamento é indicado a praticamente todos os transtornos mentais, seja como escolha principal ou coadjuvante de outras formas terapêuticas (CORDIOLI, 2008).

O progresso no atendimento à pessoa com transtorno mental também se deve muito às discussões sobre a qualidade do cuidado prestado a esta população, que tiveram início no país a partir da década de 80, por iniciativa dos trabalhadores de saúde mental, denunciando a precária assistência às pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos. Esta mobilização dos setores social, político e cultural da sociedade, inicialmente em conferências municipais e estaduais, até o ano de 1987, quando aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental e I Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, teve o objetivo de debater mudanças no tratamento às pessoas com transtornos mentais e alternativas de atendimento na comunidade, dando início ao movimento da Reforma Psiquiátrica (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

A inquietação nacional estimulou a aprovação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental no Brasil e definiu que internações psiquiátricas devem ser preferencialmente realizadas em hospitais gerais, depois de esgotadas às possibilidades de atendimento na rede de saúde pública (BRASIL, 2001). Desde 2002, foram fechados cerca de 19.100 leitos em hospitais psiquiátricos, por meio do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH). Atualmente, existem 32.284 leitos em hospitais psiquiátricos credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 3.910 leitos psiquiátricos em hospital geral (BRASIL, 2012).

Após a publicação destas leis, foi necessário repensar e reestruturar a rede de saúde, para receber as pessoas egressas das internações psiquiátricas. A partir deste momento, surgiram alternativas de atendimento em saúde mental, como os Serviços de Residenciais Terapêuticos, regularizados pela Portaria/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que são casas localizadas no espaço urbano, destinadas a suprir a necessidade de moradia de uma a oito pessoas, que permaneceram internadas por muitos anos em hospitais psiquiátricos e deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas de cada um (BRASIL, 2000).

Esse tipo de serviço atende ao artigo 5º da Lei nº 10.216, que determina que os pacientes hospitalizados por longo período de tempo ou que se encontrem em situação de grave dependência institucional sejam objeto de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (BRASIL, 2001, p.1). Para contribuir com o processo de reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico, foi criada em 31 de julho de 2003 a Lei

nº 10.708, que regulamenta o Programa de Volta para Casa, estabelecendo o pagamento mensal do auxílio-reabilitação psicossocial, no valor de um salário mínimo, ao beneficiário ou seu representante legal, com duração de um (1) ano. Hoje, 3.961 pessoas no país são favorecidas com este auxílio (BRASIL, 2012).

Os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) retratam outro dispositivo de atendimento comunitário, regulamentados pela Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Esses devem prestar atendimento público em saúde mental às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, em regime de tratamento intensivo (acompanhamento diário), semi-intensivo (acompanhamento frequente) e não intensivo (frequência menor), só podem funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar, devem contar com uma equipe mínima de saúde e a assistência prestada deve incluir: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico e de orientação), em grupos (operativo, psicoterapia, suporte social), em oficinas terapêuticas, à família, visitas domiciliárias e atividades comunitárias, visando a reinserção social e familiar do paciente (BRASIL, 2002b). Atualmente existem 1742 CAPS no Brasil, e o Estado do Rio Grande do Sul é o terceiro colocado no país, com maior cobertura de CAPS por 100.000 habitantes (BRASIL, 2012).

É importante mencionar, que a equipe multiprofissional responsável pelo atendimento em saúde mental, nos serviços alternativos acima descritos, precisa ser composta por: médico psiquiatra, enfermeiro (preferencialmente com especialização em saúde mental), profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico) e de nível médio (técnico em enfermagem, administrativo, educacional e arte terapeuta) (BRASIL, 2002b).

As atribuições do enfermeiro nessa nova perspectiva de atenção psicossocial adquirem importância estratégica para a mudança, mas demandam ciência desses profissionais quanto à necessidade de ofertar atendimento diferenciado à população que utiliza os serviços. Ilustram algumas ações de competência do enfermeiro: elaborar estratégias de cuidado que estimulem a autonomia, autoconhecimento, capacidade de escolha e redução do sofrimento da pessoa com transtorno mental e sua família; enfatizar a promoção da saúde e reinserção social; desenvolver o relacionamento terapêutico para construir e fortalecer vínculos; planejar assistência individualizada, respeitando singularidades; realizar visita domiciliar, encaminhamentos à outros serviços da rede de saúde, coordenação de grupos terapêuticos, assim como consulta de enfermagem e cuidados à saúde física dos usuários; e ainda, orientar e supervisionar atividades do técnico em enfermagem (DAMÁSIO; MELO; ESTEVES, 2008).

Representando mais um passo para o avanço no cuidado integral em saúde, em 2008, o Ministério da Saúde lança a cartilha destinada ao debate da Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este último, considerado um desafio, por vislumbrar maior adesão dos sujeitos ao projeto terapêutico, considerando sua participação e autonomia no planejamento, como seres singulares. O PTS é a união de propostas e condutas terapêuticas articuladas para um sujeito, famílias ou coletivos, resultantes do conjunto de opiniões de uma equipe multidisciplinar. É composto por quatro momentos: o diagnóstico situacional, que tenta perceber como o sujeito/família reage diante de fatores como doenças, interesses, trabalho, cultura, família e redes sociais; a definição de metas, quando a equipe de saúde faz propostas negociadas a curto, médio e longo prazo; a divisão de responsabilidades, em que as tarefas de cada envolvido são definidas com clareza; e a reavaliação, momento em que se debaterão os avanços do plano e serão feitas as adaptações de direção (BRASIL, 2008).

Os projetos terapêuticos também orientam as ações de saúde mental na atenção básica, responsabilizando as equipes pelas famílias de seu território e acrescentando as demandas de saúde mental nas atividades diárias. Para que as ações de saúde mental sejam efetivas na atenção básica, deverão ser norteadas pelo modelo de redes de cuidado (atenção básica, CAPS, ambulatório, hospital, centros comunitários e de convivência), incluir a oferta de acolhimento a esta pessoa e “pensar saúde mental não mais como reparação de dano, mas como construção de vida com sentido” (HUMEREZ; SANTOS, 2006, p. 95). Sendo assim, os profissionais deste nível de atenção necessitarão no seu cotidiano de trabalho, desenvolver vínculos com a pessoa em sofrimento psíquico, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida deste usuário e seus familiares.

2.3 O familiar e a família vivenciando a internação e alta psiquiátrica

Percebe-se que trabalhar com emoções é sempre complexo. Enfrentar desafios, mudanças e transições que a vida diariamente apresenta pode ser difícil e nem sempre as pessoas se encontram preparadas. O ser adulto, considerado quem se encontra entre a adolescência e a velhice, na faixa etária de 19 a 59 anos, precisa ser capaz de desempenhar tarefas preestabelecidas pela sociedade, exercer o papel de filho, pai ou avô na estrutura familiar, sem perder sua individualidade como ser biológico, psicológico, social, cultural e político (BRÊTAS; GAMBA, 2006).

Cada indivíduo convive com seus limites, os enfrentamentos variam, influenciam e são influenciados por múltiplas questões. Quando os enfrentamentos são maiores do que as capacidades e potencialidades do ser humano, as crises se instalam e o sofrimento psíquico se evidencia.

Uma crise representa um estado de desequilíbrio, salientado pela falta de habilidade do ser humano para resolver ou ignorar o problema, com seus mecanismos habituais de enfrentamento. A crise exemplifica o grau máximo de esforço para restaurar o equilíbrio emocional. Como exemplo, podem-se citar alguns eventos da vida capazes de se tornar demasiadamente estressantes para pessoas vulneráveis: desemprego, perda de entes queridos, separação conjugal, situações mal resolvidas, dificuldade em administrar problemas do cotidiano e transtornos psiquiátricos (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Uma crise sempre é de caráter pessoal, o que é considerado sofrimento para um ser, para outro pode não representar nada. A pessoa experimenta a sensação de que o problema não tem solução, há um aumento da vulnerabilidade, momento em que se torna essencial o apoio de uma rede social (família, amigos, comunidade) e atendimento de saúde especializado (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

A evolução de uma crise é geralmente previsível, e é descrita na literatura em quatro fases: na primeira, experimenta-se uma elevação da ansiedade; na segunda, o desconforto e a ansiedade aumentam ainda mais e tem início o processo de desorganização pessoal; na terceira fase, a ansiedade é muito intensa, acionando automaticamente todos os recursos internos e externos do ser, para o alívio desta sensação (isolamento, tentativa de fuga do problema, comportamento regressivo); na quarta fase, a ansiedade é esmagadora, podendo desencadear desorganização da personalidade, pânico, confusão, agressividade contra outros e até tentativa de suicídio, fazendo-se necessária, muitas vezes, a internação em serviço especializado de psiquiatria. Cabe lembrar que uma pessoa não necessariamente passará por todas as fases de uma crise, se houver suporte adequado, ela enfrentará as dificuldades e evoluirá para um momento de crescimento pessoal, por meio do aprendizado de novos padrões de enfrentamento (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Diante do adoecimento mental, evento que expõe fragilidade, percebe-se a importância da família e seu acolhimento, na vida do ser humano, pois é o meio em que o adulto estabelece relações e interações de significado para ele. Nesse sentido, cuidar de um adulto e sua família significa compreendê-los, considerando a família como aliada ao tratamento, pois são pessoas com as quais a pessoa com transtorno mental contará para superar obstáculos advindos do sofrimento mental. Para isso a família precisa ser compreendida como todos os

vínculos significativos para o usuário: amigos, colegas de trabalho, comunidade, grupos dos quais este participa e não somente como pessoas que possuem laços sanguíneos (SOUZA; SCATENA, 2005).

A hospitalização suscita a mobilização dos familiares, estes se encontram vulneráveis, ameaçados em sua autonomia, em sofrimento. A ruptura da unidade familiar provocada pela doença e hospitalização leva ao desequilíbrio, conflitos, distanciamento e alteração na dinâmica da família (PETENGIL; ANGELO, 2005).

No momento da alta, a família geralmente nutre a esperança de que a convivência no lar será tranquila, que o paciente seguirá o tratamento de maneira correta e que os períodos de crise estão controlados, mas permanece sempre em alerta, temendo um comportamento atípico que o mesmo possa adotar (SOUZA; SCATENA, 2005). Isso reflete despreparo da família para o acompanhamento da pessoa com transtorno mental em sua volta para casa, quando o familiar necessita ser comprometido com o cuidado domiciliar. Tal fato é relativamente novo, pois há algumas décadas as pessoas com transtorno mental permaneciam longos períodos internadas nos hospitais psiquiátricos (FONSECA; LACERDA; MAFTUM, 2006).

A alta caracteriza-se pela transferência do cuidado à pessoa internada da instituição de saúde para o domicílio, quando esta atingiu o benefício máximo com o tratamento ofertado no hospital. O planejamento da alta destaca-se como estratégia de preparo do paciente e família para responsabilizarem-se pelo cuidado e para prosseguirem com a terapêutica necessária. Este procedimento requer ações de educação em saúde, com o objetivo de minimizar dificuldades, promover retorno seguro ao domicílio e prevenir reinternações (GANZELLA; ZAGO, 2008).

Considerando que o cuidado à pessoa com transtorno mental engloba o apoio e orientações a família, esta necessita ser incluída no planejamento dos profissionais de enfermagem, para que a auxiliem no desenvolvimento de habilidades para assistir, dar apoio e limites ao seu parente mentalmente doente; por meio de espaços para discussão, em que sejam abordados temas relacionados à patologia, à escuta dos sentimentos e vivências desta família (GRANDO; ROLIM, 2005).

É necessário que o profissional de saúde olhe com sensibilidade para a família, aproxime-se buscando compreendê-la em sua singularidade, dinâmica de funcionamento e meio cultural em que está inserida, para que possa intervir de maneira eficaz nesta realidade, alcançando uma construção terapêutica conjunta para a pessoa em sofrimento psíquico, (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008). Desse modo, poderá desvendar os cuidados

necessários, assim como observar que o sofrimento não é somente daquele (PEGORARO; CALDANHA, 2008).

3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO-METODOLÓGICO: FENOMENOLOGIA DE MAURICE MERLEAU-PONTY E FENOMENOLOGIA-HERMENÊUTICA DE PAUL RICOEUR

“Uma filosofia que repõe as essências na existência e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra maneira senão a partir de sua facticidade”
(MERLEAU-PONTY, 2006, p.1).

Nesta pesquisa, objetivou-se compreender os significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos sujeitos que a experienciaram e, em virtude disto, justifica-se a utilização da fenomenologia como referencial teórico-filosófico-metodológico. Esta vivência ou fenômeno foi expressa pelos sujeitos, familiares dos pacientes internados na Unidade Paulo Guedes do Hospital Universitário de Santa Maria, da maneira tal como a perceberam, pois o corpo é linguagem e esta é extensão do corpo. A linguagem faz parte do mundo da experiência, é a expressividade da experiência (MERLEAU-PONTY, 1999).

A fenomenologia é uma corrente filosófica consolidada no século XX, em decorrência das reflexões do filósofo austro-húngaro Edmund Husserl. Sua obra *Investigações Lógicas*, de 1901, é tida como o marco inicial do movimento, possui o intuito de descrever os fenômenos (o que aparece, o que se mostra) da maneira como são ou emergem à consciência. Esta é sempre *de* alguma coisa e o objeto é sempre *para* a consciência, portanto, no pensamento fenomenológico, não há objeto independente, sem relação com uma consciência que reconhece sua presença (CARMO, 2004).

A motivação de Husserl para refletir sobre a fenomenologia origina-se de uma associação de crises: a da filosofia, mais aparente na última década do século XIX, pela ruína dos princípios filosóficos tradicionais da Alemanha (Hegel e Schopenhauer), e a das ciências do homem (matemática e psicologia), que preenche, com o positivismo, a lacuna aberta pela filosofia. O autor não menosprezava os resultados das ciências experimentais, pois admitia a

necessidade de conhecer as origens dos fenômenos analisados, mas buscava um rigor conceitual para descrever e definir os fenômenos psíquicos. O princípio de Husserl para dar origem à fenomenologia é de que o fenômeno atravessa o pensamento, origem da razão, e esta só se expõe diante do fenômeno. Dessa maneira, o pensamento filosófico parte da realidade, origina-se de uma experiência comum, relacionada a todos e não mais da concepção de um só ser, portador da verdade inquestionável (DARTIGUES, 2003).

Aparentemente, a fenomenologia afirma o que é evidente e indispensável, o que já é conhecido, sem novas informações, contudo, seus elementos podem ser formidáveis e iluminadores, pois frequentemente o ser humano limita sua percepção de mundo, imerso em uma atitude natural ou atribuindo relevância somente a saberes complexos, e, ao tentar exercitar o pensamento, enfrenta dificuldade justamente com o que há de essencial e corriqueiro sobre a vida no mundo (SOKOLOWSKI, 2004).

3.1 A fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty como referencial teórico-filosófico

O filósofo Maurice Merleau-Ponty nasceu na França, em março de 1908. De 1926 a 1930 cursou a Escola Normal Superior de Paris (*École Normale Supérieure*), renomada instituição fundada no século XVIII, dedicada ao ensino das Ciências Humanas, Econômicas e Políticas, responsável pela formação de vários personagens que compuseram a história mundial. Em 1938 apresentou sua tese complementar (manuscrito que antecede a tese de doutorado, necessário para obter a licenciatura universitária na França) *A Estrutura do Comportamento*, que tratou sobre a natureza essencial do comportamento humano. Posteriormente, em 1945, graduou-se doutor com a obra *Fenomenologia da Percepção*, que discute basicamente os principais temas de seu pensamento: sensibilidade, corpo, percepção, linguagem, fala, mundo, temporalidade e a dialética entre ciência e filosofia. Ambos os escritos foram editados sob a forma de livros (CHAUÍ, 1980; MATTHEWS, 2010).

No ano de 1948 tornou-se professor na Universidade de Lion e, no mesmo período, dividiu com Sartre a direção da Revista Político-Literária *Les Temps Modernes*. Em 1952 foi nomeado para ministrar a disciplina de filosofia no *Collège de France*, dando início as suas aulas com a apresentação do ensaio *Elogio da Filosofia*. Faleceu súbita e prematuramente em 03 de maio de 1961, aos 53 anos, em consequência de complicações cardíacas, sem concluir

suas últimas obras, *A prosa do mundo* e *O Visível e o Invisível*, publicadas postumamente, com capítulos semiacabados e notas de seus trabalhos (CHAUÍ, 1980; MATTHEWS, 2010).

É importante salientar que, concomitantemente a toda sua trajetória na filosofia, Merleau-Ponty também escreveu e falou sobre muitos outros temas, como política, arte, literatura e cinema. Mas, sendo a filosofia seu principal objeto de discussão, a mais significativa influência ao pensamento do referido autor foi a obra de Husserl.

Na fenomenologia busca-se superar a atitude natural do ser humano, pois a análise objetiva dos fenômenos evidencia uma postura egocêntrica do homem, que o distingue em um todo previamente existente, ignora a singularidade do mundo, a presença e as inter-relações com o outro (MERLEAU-PONTY, 1999).

Sendo assim, a minha opção pela fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty emerge de sua curiosidade sobre o que as pessoas fazem, desejam e pensam; surge de sua fascinação pela vida real do ser humano, da qual fazem parte o sofrimento e o cotidiano. Para ele, a fenomenologia é o estudo das essências, e considera não haver outra forma de compreender o ser humano e o mundo senão a partir da existência, exposta aos fatos da vida. É uma filosofia reflexiva, para a qual o mundo está presente antes de tudo, e empenha-se em recuperar a relação ingênua do homem com o mundo, descrevendo as experiências de espaço, tempo e mundo vividos, tal como são (MERLEAU-PONTY, 1999).

O filósofo questiona aos outros e simultaneamente a si, pois acredita que, ao dirigir o olhar em profundidade à sua pessoa e testemunhar a evolução do ser humano por si mesmo e pelo mundo, em seus mínimos detalhes, encontrará a intencionalidade, destino de todas as ações do homem, consciente e inconscientemente, que permite compreender os mais densos propósitos da expressão de seu corpo (CARMO, 2004).

Para Merleau-Ponty, o ser humano é uma fonte incondicional de significados (MATTHEWS, 2010). A materialização do ser no mundo acontece por meio do corpo; este carrega a propriedade reflexiva da consciência e a propriedade visível do objeto. O corpo possui a capacidade de ser visto e ver a si mesmo, de ser tocado e tocar-se, de ter um sentido e sentir-se (CHAUÍ, 1980). Sendo assim, o corpo é “o veículo do ser no mundo”; é histórico e cultura; é expressivo e fala; é sensível ao mundo e ao outro. Por isso, é possível compreender o comportamento do ser humano, pois o corpo revela sempre uma intencionalidade e um significado (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 122).

O corpo ocupa posição central no mundo e é a direção para a qual todos os objetos voltam sua face. Ser um corpo é fazer parte de um meio previamente definido, entrelaçar-se com certos projetos e esforçar-se para realizá-los. A ambiguidade está em todo o ser no

mundo, pois quando se dirige ao mundo, o homem impacta suas intenções perceptivas e práticas contra os objetos, que se revelam anteriores e exteriores a elas, mas que só existem pelo fato de motivar pensamentos e vontades no ser humano. Os objetos só revelam-se por inteiro à percepção, se outros recuam para um horizonte longínquo; o momento presente oferece sua realidade ao excluir a presença simultânea do passado (MERLEAU-PONTY, 1999).

Estar no mundo indica que a existência do homem é permeada pelo tempo. O presente materializa o ser aqui, agora, em qualquer lugar; o passado revela ausência deste instante, de algum local ou qualquer momento. A ambiguidade é a definição do tempo. Os objetos e as situações articulam-se para formar um mundo por meio da subjetividade e sua presença concomitante só acontece a partir de um ponto de vista e intenção. Nada existe, tudo se temporaliza. A ambiguidade do ser no mundo se manifesta pela ambiguidade do corpo, e esta se compreende por aquela do tempo (MERLEAU-PONTY, 1999).

De acordo com o filósofo, corpo e mundo possuem a mesma composição. Na medida em que o mundo une-se ao corpo, abandona as significações individuais adquiridas, para adotar uma sensibilidade universal. A percepção é resultado da ação do mundo sobre homem, dessa forma, o mundo percebido carrega consigo a corporeidade de quem o vê, possibilitando a percepção do comportamento do outro, que igualmente faz parte deste mundo. A percepção contém ainda todos os gestos do ser humano dirigidos ao mundo, conscientes e inconscientes, pois em ambos os casos compõem o campo de visão do homem, e entre as coisas intencionadas por estes gestos, há uma relação exterior do mundo direcionada aos seres humanos, e do homem ao mundo. A relação corpo-mundo é sensível (CHAUÌ, 1980; MERLEAU-PONTY, 2002).

Na concepção de Merleau-Ponty, não é possível realizar uma redução fenomenológica completa, uma vez que não pode haver uma ruptura entre a facticidade e o transcendental. O ser humano é de fato um corpo inserido no mundo, com a capacidade de refletir sobre suas vivências sem se retirar deste mundo; ele apenas se afasta, alonga os fios intencionais que o conectam ao mundo, sem parti-los, para melhor entendê-lo (CARMO, 2004). É neste ponto que Merleau-Ponty discorda do pensamento de Husserl, pois as vivências pessoais são do mundo e é este que fornece seu significado, logo, não se pode suprimir toda a subjetividade ou desfazer os laços com o mundo, do qual se tem consciência (MATTHEWS, 2010).

Sensação e percepção representam o elo principal do ser humano com o mundo e norteiam sua existência, no ponto de vista do referido autor. A sensação é o que se sente, o que se alcança por meio dos sentidos; a percepção retrata o comprometimento direto com as

coisas, antes de qualquer reflexão, o modo pelo qual se tem contato direto com o mundo e acesso à verdade (MERLEAU-PONTY, 1999). Toda a percepção se dá no mundo, que possui um sentido e é reconhecido como o lugar em que se vive. O mundo percebido é limitado à perspectiva e aos significados de quem o vê, pois as coisas adquirem sentido para as pessoas, devido ao interesse que nelas despertam (MATTHEWS, 2010).

Para saber sobre o significado atribuído pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental, foram necessários acolhimento, diálogo e empatia, para estabelecer a intersubjetividade entre pesquisadora e familiar. Não há como pressupor o vivido de uma pessoa. Somente a partir da escuta sensível pode-se compreender a expressividade das experiências, pois só quem vivencia tem propriedade para descrever. Assim, se o ser humano deseja compreender o sentir e a percepção, precisa retornar ao significado aparente de suas vivências e transportá-lo à consciência, com uma postura de estranhamento, em busca dos fios intencionais que conectam seu corpo ao mundo, para comunicar-se de maneira dialógica com o cenário de toda existência (MERLEAU-PONTY, 1999).

Dessa maneira, tudo o que se aprende sobre o mundo, por meio da ciência, é precedido pela visão e experiência de mundo de cada pessoa, sem as quais os ensinamentos científicos não significariam nada (MERLEAU-PONTY, 1999). Preocupando-se em validar novos saberes mediante evidências, a ciência impõe a racionalidade e afasta, ao máximo, a mente do corpo. Quando se amplia o olhar para a realidade corporal do ser humano, compreendem-se todas as funções do corpo como humanas: psíquicas e físicas. O homem é corporal, o que não reduz nem exalta o racional (SANTIN, 1998). Assim, para “voltar às coisas mesmas”, necessita-se dirigir o pensamento às experiências vividas, para compreender a função da ciência na vida do ser humano, uma vez que só se pode falar com propriedade sobre o mundo a partir do envolvimento que se tem com ele (MATTHEWS, 2010).

O corpo vivido, portador de toda a experiência, representa a essência do ser humano, um mundo particular inserido em um mundo que não foi por ele escolhido. Este corpo, expressa-se e comunica-se com o mundo, com outros corpos e consigo, encontra-se em um recorte temporal e situacional que compõem a subjetividade e expressividade da fala. É a partir da experiência de cada um ser o que é, de ocupar o corpo que lhe foi designado, que se examinam os sentidos da linguagem e a consciência produz o significado para a pessoa (MERLEAU-PONTY, 1999).

A linguagem representa a comunicação verbal e não verbal, a intencionalidade do corpo é intercessora entre a experiência e consciência. A fala evidencia o conteúdo dos pensamentos e possui dois sentidos de expressão: a fala falante, essencial, que expõe as

verdadeiras emoções do ser humano, e fala falada, rotineira, sem reflexão, que apenas facilita a comunicação (MERLEAU-PONTY, 2002). Sendo assim, faz-se necessário escutar o corpo, pois este é falante e não aprendemos a ouvi-lo. Além disso, o corpo é expressão e fala a linguagem

da emoção, da paixão, do sentimento e, por incrível que pareça, também, a linguagem da razão. A fala mais poderosa do corpo expressa a força das necessidades vitais, dos desejos e, particularmente, da presença. O saber ouvir o corpo não se dá através de códigos lingüísticos, mas através do sentir (SANTIN, 2004, p. 60).

Certas dimensões da realidade e dos fatos se esclarecem por meio da sensibilidade (MERLEAU-PONTY, 1999), desta maneira, a enfermagem necessita ampliar sua comunicação com o familiar, percebendo-o como presença e corpo sensível.

3.2 A fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico

O filósofo francês Paul Ricoeur desenvolveu importantes e rigorosos estudos sobre a vontade humana, com o objetivo de elaborar e obter uma teoria de interpretação dos sujeitos. Esse autor reconstitui e utiliza o pensamento do homem como instrumento de sua obra, por meio da fenomenologia hermenêutica, método que emprega a reflexão objetiva para interpretar o comportamento simbólico dos sujeitos, revelando o sentido oculto no sentido aparente. Dessa maneira, experimenta compreender o que é descrito, para reencontrar o sentido autêntico da linguagem, superando seu caráter primário e espontâneo (JAPIASSU, 1990).

O símbolo expõe o aprendizado básico, a situação do ser no mundo, é por meio dele que se retorna à origem da linguagem. Em busca de revelar a verdadeira intencionalidade inconsciente do ser humano, Ricoeur declara: “tenho algo a descobrir de próprio, algo que ninguém possui a tarefa de descobrir em meu lugar. Se minha existência tem um sentido, se ela não é vã, tenho uma posição no ser, que é um convite a colocar uma questão que ninguém pode colocar em meu lugar” (JAPIASSU, 1990, p. 5).

Na concepção do referido autor, o homem possui uma percepção limitada dos objetos que surgem diante dele no mundo, uma vez que consegue alcançar apenas um ponto de vista. Há inúmeras formas de captar esses objetos, mas, ainda assim, muitas perspectivas escapam;

no entanto, todos podem ser expressos pela linguagem, pois a palavra transcende a visão sob todos os ângulos (JAPIASSU, 1990). Todos têm algo a dizer, possuem uma vivência para levar à linguagem como seres-no-mundo, pois circunstâncias influenciam experiências dos seres humanos a todo momento e estes situam-se no mundo por meio da compreensão de tais circunstâncias. Desse modo, a linguagem não aponta somente para significados ideais, ela também se refere à realidade (RICOEUR, 1976).

Nessa perspectiva, a plenitude de uma vivência não pode ser reduzida à linguagem elementar e esta é ultrapassada quando alguém diz algo que contém significado para outra pessoa, referente a alguma coisa; a partir daí se constitui o discurso, permeado pela intersubjetividade que emerge entre os sujeitos (PELLAUER, 2009). O significado representa a intencionalidade de uma ação e todas as suas maneiras de manifestação, neste caso, o discurso. Uma vez que este é estabelecido, a linguística da língua, que tem como base o signo (código) passa à linguística do discurso, alicerçada na frase (mensagem) e é esta que sustenta a dialética entre evento e significação (RICOEUR, 1990).

O discurso também é considerado uma obra, já que esta se caracteriza por uma cadeia maior que a frase e que coloca uma nova questão para a compreensão. Uma obra é a intercessão entre a irracionalidade do evento e a racionalidade do sentido; local em que o discurso é aprimorado, para organizar e constituir a linguagem (RICOEUR, 1990).

Diz-se que o discurso é um evento na medida em acontece de fato e em um determinado espaço de tempo, enquanto que o código da língua é imaginário e atemporal. O discurso é um evento real (algo ocorre quando alguém fala), mas os eventos do discurso são passageiros, uma vez que o outro, a quem as mensagens são dirigidas, não se fará sempre presente, permanecendo assim somente o significado do discurso (RICOEUR, 1990). Deste ponto em diante, Ricoeur apresentou uma inovação à teoria hermenêutica, afirmando que, se é o significado que perdura, novas pessoas podem se apropriar dele, em épocas e contextos distintos, desde que o discurso oral seja convertido em discurso escrito, uma vez que o texto é algo concreto, que persiste e pode ser decodificado por qualquer sujeito que saiba ler (PELLAUER, 2009).

O texto ultrapassa a função de consolidar o discurso oral, pois representa o pensamento inteiramente conduzido à escrita, sem a intermediação da fala; a relação face a face entre locutor e ouvinte é substituída pela leitura. Assim, com o discurso escrito, o intuito do autor e o significado do texto discordam, uma vez que emerge a autonomia semântica do texto. A significação deste texto torna-se mais relevante do que aquilo que o autor quis dizer quando o escreveu. O texto adquire independência, estará à disposição de inúmeros leitores e

suscetível a diversas interpretações, pois seu escritor não está presente para ser questionado (RICOEUR, 1976).

O significado de um texto, apropriado por alguém, nunca é perdido, apesar da diversidade que pode assumir no decorrer de períodos ou lugares. Permite-se afirmar que um texto não contém significado, quando não pode mais ser compreendido, e perceber isto requer habilidade para entender e usar a língua na qual o texto é escrito (PELLAUER, 2009).

Na hermenêutica proposta por Ricoeur, a compreensão só é alcançada por meio da interpretação, uma vez que esta possibilita reconhecer o discurso na obra, pelo distanciamento, algo como um desprendimento de si, pelo ser humano. O texto exemplifica o distanciamento na comunicação, pois revela a historicidade da experiência humana, ao abrigo de outra forma de comunicação, na e pela distância (RICOEUR, 1990).

Para conferir significado a um texto, este precisa conter sentido (o que se fala) e referência (sobre o que se fala), elementos que também possibilitam sua leitura. A semântica encarrega-se de relacionar a interioridade inerente do sentido à exterioridade intencionada pela referência (RICOEUR, 1976). Mas, antes disso, o significado primordial é atribuído pelo mundo do texto, uma espécie de imagem mental que o texto esboça à sua frente. Conforme Ricoeur, os textos basicamente tratam deste mundo, que os leitores precisam vislumbrar-se habitando, para que se perceba o que é dito pelo texto e aconteça sua compreensão (PELLAUER, 2009).

Os questionamentos ultrapassam a conclusão obtida pela leitura do texto, voltam-se ao mundo aberto por ele, como uma saída para combater a realidade instituída e alcançar uma crítica do que há de concreto. A maneira de ser do mundo revelado pelo texto é o modo do possível, do poder ser. Habita aí o poder inovador do imaginário: a realidade só pode ser redescrita quando o discurso se eleva ao plano da ficção (RICOEUR, 1990).

Sendo assim, a compreensão de um texto é revelada pela metáfora, uma ambiguidade semântica da frase, que permite estender seu significado para além do que a interpretação literal apresenta, revelando uma nova informação sobre a realidade. As palavras são submetidas a um aprimoramento de seu sentido, desencadeando um conflito entre duas interpretações, que fará emergir uma nova significação, abrangendo toda a frase. O ser humano possui mais ideias do que palavras para expressá-las, portanto é necessário ampliar os significados do vocabulário disponível, para superar seu uso comum (RICOEUR, 1990).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

“Cada coisa pode depois parecer incerta, mas pelo menos para nós é certo que existem coisas, quer dizer, um mundo. Perguntar-se se o mundo é real é não entender o que se diz, já que o mundo é justamente não uma soma de coisas, que sempre se poderia colocar em dúvida, mas o reservatório inesgotável de onde as coisas são tiradas”
(MERLEAU-PONTY, 1999, p. 460).

Neste capítulo serão descritos o tipo de estudo e a etapa de campo, a qual será delineada pela opção do cenário e sujeitos de pesquisa, pela entrevista, pelo método de compreensão e interpretação dos achados e pela dimensão ética.

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de natureza fenomenológica à luz do referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty e fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur.

A opção pela pesquisa qualitativa partiu de uma experiência vivencial. Logo, a escolha dessa abordagem justifica-se por ser a mais adequada para a compreensão das descrições vivenciais que ocorreram por meio da intersubjetividade, as quais constituíram experiências perceptivas que apareceram em um campo fenomenal. Essa abordagem estuda a história, as relações, representações, crenças, percepções e opiniões, resultado da maneira como as pessoas compreendem suas vivências, sentimentos, pensamentos, frutos das interpretações que elas realizam “a respeito de como vivem, como constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2010, p.57). Ainda, como constroem sua vida pessoal e material. Permite esclarecer processos sociais pouco visíveis de grupos específicos, apreender significados inacessíveis a simples perguntas e respostas (MINAYO, 2010).

A natureza fenomenológica busca relatar o modo como as pessoas sentem, pensam e interagem com a vida diária e representa uma alternativa eficiente para o estudo de fenômenos

que exigem um olhar sensível (TERRA et al., 2006). Para tanto, optei pela fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, pois fundamenta a noção de que os significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental só podem ser descritos do ponto de vista de quem os vive, já que “o homem está no mundo e é no mundo que ele se conhece” (MERLEAU-PONTY, 1999, p.6).

Como pesquisadora, observei o ser humano como ser de possibilidades e, para isso, para descobrir seu mundo vivido, busquei sentido em seus discursos, suas ações e sua expressividade. Caminham junto com a pesquisa fenomenológica empatia, integração, participação, diálogo, liberdade pessoal e social, encontro e intersubjetividade (CAPALBO, 2008). Percebi que a fenomenologia merleau-pontyana foi fundamental para estruturar o conhecimento a partir da relação entre eu-outro-mundo, baseado na intersubjetividade, a qual desvelou o sentido que transpareceu “na intersecção de minhas experiências com as do outro, pela engrenagem de uma nas outras” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 18).

Em virtude do que foi mencionado, compreendi que a condução adotada nesta pesquisa permitiu visualizar processos familiares por meio de ações, relações e interações, bem como, pelas negociações de papéis e relacionamentos entre seus membros (ANGELO et al., 2009). Além disso, foi necessário perceber que relações humanas são complexas e multidirecionais (FEETHAM, 1990).

4.2 Cenário da pesquisa

O cenário de estudo foi o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no Estado do Rio Grande do Sul, sendo o local para a realização da pesquisa a Unidade de Internação Psiquiátrica Paulo Guedes.

A escolha é justificada pelo fato de o HUSM ser referência regional para atendimento de alta complexidade em saúde, é um órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que atua como hospital-escola para os Cursos de Graduação e Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde, voltado ao desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde. Cabe ressaltar outro motivo importante para a escolha desse local: em decorrência do grande número de atendimentos em geral, ali realizados, o HUSM representa um rico campo para o desenvolvimento de estudos com os mais variados temas. A título de ilustração, o serviço de estatística do hospital foi consultado e proveu as seguintes

informações: no período de janeiro a julho de 2012, 59.878 pessoas foram atendidas, houve 7.109 internações e 6.689 altas (HUSM, 2012).

Acrescenta ainda relevância o fato de o HUSM ser um hospital público, que mantém seus 300 leitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), onde são realizados atendimentos em diversas especialidades, dentre estas, a psiquiatria (HUSM, 2008).

O serviço de psiquiatria foi pioneiro na área da saúde, no campus da UFSM, pois iniciou suas atividades em 1972, com o hospital-dia, e teve a sua primeira internação em 1974. Na década de 80, o serviço de psiquiatria atingiu a marca de 100 leitos de internação, em 1982 passou de Hospital Psiquiátrico a Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Universitário (HUSM, 2008).

Atualmente, a estrutura disponibilizada pelo HUSM para o atendimento em saúde mental conta com pronto socorro psiquiátrico, ambulatório e uma unidade de internação psiquiátrica (Paulo Guedes) com 25 leitos, que neste momento, passa por reformas para restaurar sua estrutura física, portanto foi necessário reduzir o número de leitos para internação a 20. Também em consequência dos reparos, o Serviço de Recuperação de Dependentes Químicos (SERDEQUIM), que possuía 15 leitos, foi desativado, para que a Unidade Paulo Guedes ocupe temporariamente seu espaço. Existe a possibilidade de que o SERDEQUIM seja extinto, em virtude de avaliações realizadas pelos profissionais da gestão hospitalar, que afirmam ser possível realizar este tipo de atendimento em unidades de internação de clínica geral ou a nível ambulatorial.

A Unidade Paulo Guedes, cenário em que foi realizada esta pesquisa, recebe pacientes em sofrimento psíquico agudo de Santa Maria e região para internação psiquiátrica, depois de esgotadas as possibilidades de tratamento nos demais serviços da rede de saúde mental. Entre as patologias com maior frequência de internação estão o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia e quadros depressivos. Conforme dados estatísticos do HUSM, no período de janeiro a julho de 2012 a referida unidade recebeu 28 internações e efetuou 87 altas (HUSM, 2012).

A opção especificamente por este local acontece pela minha vivência de trabalho, por minha inserção no grupo de familiares dos pacientes internados e pelo vínculo estabelecido com os mesmos. O grupo é aberto a todos os familiares dos pacientes internados, realizado semanalmente sob a coordenação dos profissionais da residência multiprofissional e acompanhado pelo enfermeiro que está no turno de trabalho. Contempla orientação, reflexão e troca de experiências entre os participantes, que compartilham conquistas, dificuldades e sofrimentos. Constata-se que as situações problemas relatadas pelos familiares, consideradas

na sua singularidade, compreendem muitas vezes um universo já vivenciado pelos demais participantes, o que torna uma troca de experiências enriquecedora.

As demais atividades desenvolvidas na Unidade Paulo Guedes, das quais participam a equipe de enfermagem, residentes médicos e multiprofissionais, acadêmicos, pacientes e seus familiares, são: atividades de artesanato, revisão de pacientes, grupo de familiares, educação em saúde e sentimentos, distribuição de monitorias entre os pacientes, reunião geral da equipe de enfermagem. Essa equipe de enfermagem é composta atualmente por cinco enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, seis auxiliares de enfermagem.

A unidade é local de aulas teórico-práticas e de estágio supervisionado dos Cursos de Graduação e da Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Os acadêmicos de enfermagem do 5º semestre são inseridos nas atividades desenvolvidas na unidade, estimulando o contato e a reflexão sobre o ser em sofrimento psíquico. Nos estágios supervisionados de 7º e 8º semestres, os acadêmicos acompanham e desenvolvem atividades de responsabilidade do enfermeiro do serviço. Os alunos do Curso de Mestrado em Enfermagem realizam a prática da disciplina de Docência Orientada, supervisionando as aulas práticas da graduação em Enfermagem. O programa de Residência Médica em Psiquiatria conta com três residentes, e no ano de 2009 houve a implantação da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, inserindo profissionais de enfermagem, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e educação física no hospital.

4.3 Participantes da pesquisa

No decorrer da internação na Unidade Paulo Guedes, a configuração social e familiar da pessoa com transtorno mental é investigada e avaliada pela equipe multiprofissional de saúde. São obtidas informações sobre o local e as condições do domicílio, a rede de saúde disponível no entorno, suas atividades de lazer ou trabalho, quem coabita e é responsável pelo cuidado dessa pessoa, bem como referências sobre o relacionamento familiar dos sujeitos. Todos os elementos coletados servem para ampliar o olhar da equipe para a realidade em que a pessoa com transtorno mental está inserida e fornecem subsídios para o tratamento hospitalar, posteriores encaminhamentos e planejamento da alta.

A vivência profissional permite afirmar que grande parte das pessoas que internam na Unidade Paulo Guedes do HUSM reside com familiares e estará sob seus cuidados após a alta

hospitalar. Tal fato pôde ser confirmado durante a realização deste estudo, quando das 37 altas ocorridas no período de produção dos dados (janeiro a março de 2012), somente duas pessoas saíram da unidade acompanhadas por terceiros, com destino a instituições de longa permanência (HUSM, 2012).

Sendo assim, essa realidade justifica a escolha dos familiares que aguardavam a alta da pessoa hospitalizada como sujeitos de pesquisa, uma vez que estes são diretamente afetados pela convivência com o transtorno mental e, ao mesmo tempo, são responsáveis pelo cuidado no domicílio e perante a sociedade. Considerando esse contexto, entende-se que o presente estudo constitui-se numa pesquisa “relativa à família”, pois aprecia informações individuais, de um familiar, para buscar compreender o significado da alta hospitalar em uma perspectiva singular (ANGELO et al., 2009).

Os critérios de inclusão para os participantes deste estudo foram: ser familiar, ter idade igual ou maior que 18 anos, dos pacientes internados na Unidade Paulo Guedes/HUSM com previsão de alta; ter sua função cognitiva preservada para compreender e responder os questionamentos feitos na entrevista; ter sido informado previamente pelo médico sobre a alta.

O número de sujeitos de pesquisa não foi pré-determinado, pois, na fenomenologia, busca-se o fenômeno em sua essência e este se revela no discurso dos entrevistados. Quando um ponto comum manifesta-se no conteúdo dos depoimentos, considera-se que há suficiência de significados, indicando que as entrevistas podem ser encerradas (BOEMER, 1994).

Minha participação no grupo de familiares foi uma estratégia utilizada para a aproximação dos sujeitos. Fiz parte de cinco encontros, coordenados por uma psicóloga da residência multiprofissional, e adentrei no ambiente em que foram realizadas as reuniões junto com os participantes. Inicialmente, durante a apresentação, informei meu nome, profissão, e que estava desenvolvendo uma pesquisa, o que justificou minha presença no local, como ouvinte; ao final da atividade, após a última fala de todos, expliquei o objetivo do estudo e convidei os familiares para participar, lembrando-os de que a entrevista seria realizada após a confirmação, pelo médico, da alta da pessoa com transtorno mental. Os participantes foram receptivos ao convite e demonstraram interesse em compor a pesquisa.

A adesão dos familiares ao grupo da Unidade Paulo Guedes é flutuante, pois algumas pessoas não residem em Santa Maria, há dificuldade financeira para o transporte até a UFSM ou existe a necessidade de priorizar o horário de trabalho, desta maneira, o número de participantes em cada grupo oscila entre dois e oito.

Nesse sentido, não foi possível estabelecer contato prévio por meio do grupo com todos os familiares, sendo necessária a adoção de outras estratégias de aproximação, como realizar o convite para participar da pesquisa quando os sujeitos foram até a unidade receber as orientações sobre a alta ou no momento da alta, antes da saída da pessoa com transtorno mental do hospital. Foram consideradas a ocasião mais adequada e a disponibilidade dos familiares. Sendo assim, o número de participantes desta pesquisa configurou-se em dez familiares.

O simples fato de participar de uma pesquisa pode ser reconhecido como um momento de cuidado para o familiar, o que motivará um repensar sobre sua vida dali em diante. No que se refere ao pesquisador, desenvolver estudos sobre famílias pode influenciar sua percepção e conduta quanto à sua família e a das pessoas que o cercam (FEETHAM, 1990). Desta forma, senti-me comovida ao receber o aceite dos familiares em participar da pesquisa, pois percebi a empatia surgir neste encontro e a credibilidade depositada em mim, um ser até então desconhecido para alguns, para revelar seus pensamentos, sentimentos, seu mundo de vivências únicas que somente poderiam ser ditas por eles mesmos (MERLEAU-PONTY, 1999).

4.4 Etapa de campo

4.4.1 Aproximação e ambientação com o cenário da pesquisa

A aproximação e ambientação no cenário de pesquisa foram realizadas gradativamente: primeiro, pelo relato da proposta de estudo a alguns profissionais da equipe de saúde, com o objetivo de informá-los sobre a pesquisa realizada, ouvir opiniões e sugestões sobre o tema; segundo, retomei minha participação no grupo de familiares, para restabelecer o vínculo com esses sujeitos, falar sobre o estudo e convidá-los a participar, possibilitando que minha imagem, em outro momento reconhecida como profissional, agora fosse identificada como pesquisadora no serviço.

Saliento que não foi tarefa fácil afastar o olhar de profissional do cenário de pesquisa em função dos anos de serviço, das relações já estabelecidas com os profissionais de saúde que lá atuam, de uma conduta de trabalho organizada, enfim, por estar habituada ao local.

Para exercitar o meu olhar como pesquisadora foi necessário explorar o mundo da Unidade Paulo Guedes da maneira como se mostra, com seus acertos e suas dificuldades, em cada aspecto sucessivo, como um horizonte infinito de aparições sensíveis que aguardavam a minha observação.

4.4.2 Produção de dados: a entrevista para obter as descrições vivenciais

Entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade, realizadas por iniciativa do pesquisador, com objetivo de levantar informações relevantes para um objeto de pesquisa, relacionado a um tema pertinente. Em entrevistas abertas, o sujeito de pesquisa é incentivado a discorrer livremente sobre um tema e as intervenções do investigador, quando feitas, possuem a intenção de aprofundar as reflexões (MINAYO, 2010).

Nas pesquisas fenomenológicas a entrevista tem sido utilizada para produção dos dados, pois descreve as vivências e as representações que elas adquirem na vida dos sujeitos. A entrevista foi compatível com a ontologia da experiência de Merleau-Ponty. Sendo assim, caracterizou-se como sendo aberta, individual e, por este motivo, foi feita uma pergunta com o intuito de compreender os significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental, em local que primou pela privacidade do sujeito (MOREIRA, 2004). Assim, a questão que norteou a entrevista foi: **conte-me o que a alta de seu familiar da unidade de internação psiquiátrica significa para você.**

A questão dirigida ao familiar precisou ser coerente com o conceito e método de pesquisa, uma vez que relaciona o marco teórico do estudo, sua relevância para a área do conhecimento e impulsiona a produção de saber em enfermagem sobre a família. Desta forma, a entrevista é o meio mais comumente utilizado para alcançar informações sobre famílias, pois muitos fenômenos são acessados por meio do discurso oral (ANGELO et al., 2009).

É pertinente revelar que, antes de apresentar a questão norteadora da entrevista, solicitei ao familiar que falasse um pouco sobre sua família e a convivência com a pessoa com transtorno mental. Esta atitude foi tomada, por compreender a família como um sistema de relações; para atingir as lembranças do familiar, estimulando sua reflexão sobre o complexo e reservado fenômeno da família (ANGELO et al., 2009) e por fim, com o intuito de ofertar ao familiar a possibilidade de diferenciar o significado de suas vivências dos significados atribuídos a elas pelos demais integrantes da família.

Nesta pesquisa, algumas entrevistas foram realizadas no momento da alta da pessoa com transtorno mental, da unidade Paulo Guedes. Tive a importante colaboração da secretária da unidade, que informou, antecipadamente, o dia e horário acertados entre médico assistente e o familiar, para a saída da pessoa hospitalizada. Dessa maneira, pude estar com certa antecedência no local, para preparar a sala previamente reservada com a equipe de saúde e facilitar a aproximação com o familiar. No ambiente em que aconteceu a entrevista, disponibilizei água, balas, lenços de papel e ventilador (devido ao calor intenso do período), para o acolhimento e maior conforto dos participantes.

Depois de realizado o convite para compor a pesquisa, foi apresentado ao familiar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A), o qual foi assinado, quando o sujeito consentia participar, após a ressalva da importância de sua contribuição para a pesquisa. Em seguida, o familiar foi conduzido até a sala da entrevista e solicitado o registro da conversa em gravador digital, para armazenar fidedignamente os discursos. Dois familiares preferiram que o gravador não fosse utilizado. Sua vontade foi respeitada e as entrevistas foram realizadas, uma vez que tomei nota de suas falas; mas não foram utilizadas para o estudo, pois os sujeitos não residem em Santa Maria e eu não os encontraria novamente para mostrar-lhes e validar o que havia sido relatado.

Outra intercorrência do cenário de pesquisa foi retratada por três familiares que escolheram fornecer seus relatos na companhia do cônjuge, o que comprometeu minha opção pela entrevista individual, pois me preocupei em resguardar as singularidades dos discursos. Como percebi o desejo e a necessidade de escuta destas pessoas, realizei as entrevistas consciente de que não as utilizaria na pesquisa, mas com o intuito de oferecer uma oportunidade de cuidado aos familiares. Em vários momentos houve interferência do outro, enquanto um dos sujeitos descrevia sua vivência, intencionando expor o ponto de vista do casal sobre o questionamento feito.

Essa situação faz referência a um consenso entre os enfermeiros que pesquisam sobre família, quanto à influência do ambiente nas informações fornecidas pelos familiares. A presença ou ausência de outros membros da família no momento da entrevista induz o familiar a responder de maneira diferente a uma mesma pergunta (FEETHAM, 1990).

Foram utilizadas 10 entrevistas na pesquisa, realizadas no período de janeiro a março de 2012, com familiares de idade entre 20 e 60 anos, que possuíam o seguinte parentesco com as pessoas que receberam alta: três mães, duas irmãs, um pai, um neto, um padrasto, um marido e uma esposa. A duração das entrevistas respeitou o tempo de expressão dos familiares (entre sete e cinquenta e cinco minutos). Após a escuta dos discursos, fiz uso de um

diário de campo, no qual registrei expressões não verbais, observações e percepções sobre o familiar.

Quanto à expressão, Merleau-Ponty diz que, antes de pronunciar as palavras, o ser humano já intenciona o que quer significar, o que vai dizer; repentinamente uma profusão de expressões vem em auxílio do seu silêncio e oportuniza a exteriorização de seus pensamentos. A língua representa a riqueza de tudo o que se pode ter a dizer, ela prevê a experiência futura do ser humano, basta encontrar a frase já elaborada na linguagem inconsciente, para apreender as palavras ocultas que o ser revela. A expressão o habita desde a eternidade (MERLEAU-PONTY, 2002).

Em entrevistas, faz-se necessário que o pesquisador desenvolva a habilidade de perceber nas entrelinhas as estruturas invisíveis que constituem a fala do sujeito (BONI; QUARESMA, 2005), uma vez que a linguagem possui capacidade de transformação: em um momento, aparentemente, produz apenas palavras e, conforme o pensamento vai se ampliando, o espírito humano vai sendo tomado por estas palavras, a ponto de não permitir qualquer lacuna que possa ser ocupada por pensamentos puros ou significações que não remetam ao linguajar. Mas, após a linguagem revelar-se obcecada por si mesma, o espírito encontra o que não procurava: uma nova significação, onde não se pensa mais nas palavras pronunciadas ou ouvidas, pois estas se transformaram na própria presença do outro (MERLEAU-PONTY, 2002).

O outro adentrou em meu mundo desde o instante em que comecei a percebê-lo; ao utilizá-los, ele me dirigiu gestos, identifiquei que o mundo ao qual ele se refere é o mesmo que eu apreendo. Estar na presença do outro possibilitou um desvelar de intencionalidades, uma vez que estas estão ocultas na gestualidade de seu corpo e permitem que eu me reconheça diante de sua expressão, devido às trocas estabelecidas neste encontro. Estas vivências que se cruzam, instigam mudanças em minha forma de estar no mundo, surgindo outro eu, que transporta o que há de mais secreto em mim e faz minha articulação com o outro. O segredo do outro não passa do segredo de mim mesmo (MERLEAU-PONTY, 2002).

O desenvolvimento das entrevistas, mais especificamente a fenomenológica, requereu atenção em alguns pontos: ver e observar, sem buscar necessariamente uma causa para o fenômeno; interpretar a linguagem e a percepção do sujeito de pesquisa considerando suas significações e apreender os gestos e movimentos realizados por este sujeito (CARVALHO, 1991). Na fenomenologia, grande parte das informações é obtida por meio do diálogo franco com o sujeito. Este precisa ser acolhido para familiarizar-se com o pesquisador e sentir-se à

vontade para relatar as suas vivências, permitindo a reflexão sobre os fatos (TERRA et al., 2006).

Sendo assim, procurei que o familiar não se sentisse questionado ou avaliado em sua fala e ações, pois estas são fundamentais para a compreensão do fenômeno em questão, e me permitiram adentrar em seu mundo vivido. A entrevista manifesta-se como intersubjetividade, pois representa o encontro entre o ser que conhece e vivencia o fenômeno e a pesquisadora, que o desconhece. É relevante ter em mente a importância da empatia, diálogo, liberdade e cooperação, pois favorecem a compreensão da pesquisadora na condução, ampliação e aprofundamento de sua visão de mundo, fundindo-a com o mundo do ser pesquisado (CARVALHO; VALLE, 2002). Além disto, após cada encontro, perguntava se o familiar desejava acrescentar algo e encerrava agradecendo pela sua disposição em participar da pesquisa.

Com base em minha vivência como enfermeira assistencial na unidade Paulo Guedes, tinha ciência de que a conversa entre o médico assistente, o familiar e a pessoa com transtorno mental, que precede a alta, desencadearia certa ansiedade nos sujeitos desta pesquisa, pois se trata do momento em que são fornecidas as últimas orientações e firmados os acordos finais para a saída da pessoa hospitalizada. Desta maneira, pensei ser pertinente esclarecer aos familiares que a entrevista poderia ser realizada antes ou depois dessa ocasião, pois eu estaria na unidade à sua disposição.

Algumas entrevistas foram realizadas antes da conversa com o médico, conforme acordo prévio com esse profissional, pois o mesmo desenvolvia outras atividades e não atenderia o familiar no momento em que este chegasse à unidade. Essa circunstância foi informada aos familiares, que julgaram o fato de participar da pesquisa positivo, pois reduziria o tempo de espera no local.

Foi preciso exercitar olhar a existência do outro (familiar) com estranhamento, sem pressupostos, para tentar captar toda a sua realidade, persistindo em observar o seu mundo de forma diferente. Desta maneira, percebi que a fenomenologia possibilitou-me experimentar a tentativa de compreender a minha própria vida no mundo e permitir que o outro expressasse a sua vida, da forma como ele sentia e percebia, pois as suas preocupações não estão separadas de sua existência (MERLEAU-PONTY 1999, 2002).

Ao final do período de realização das entrevistas, compreendi que, mesmo com todas as providências tomadas antes de estar com o familiar (reserva e organização da sala, contato com a equipe de saúde e médico), com uma idealização em mente e até ensaios prévios (penso que devido a uma necessidade de organização inerente ao ser humano), não há como prever o

que acontecerá no momento da entrevista. É possível organizar o ambiente, mas a interação entre pesquisador e sujeito trará surpresas, pois são dois seres únicos e singulares, face a face, que dependem um do outro para que a comunicação aconteça.

Tais acontecimentos possibilitaram que eu recordasse Boemer (1994), quando esta afirma que a busca de informações é lenta, exige disponibilidade pessoal e de tempo por parte do pesquisador, para garantir a escuta sensível dos sujeitos. Ainda, permitiram que eu refletisse sobre as palavras de Merleau-Ponty (2002), que considera uma arte apreender um significado inconsciente na expressão do outro e revelá-lo a todos que compartilham a mesma língua. Assim, percebi a importância de repensar a nossa maneira de ver o mundo, pois carregamos a visão de um universo adequado, construído com base nos conceitos científicos e em outros que inventamos para tornar mais fácil nossa interação com ele, intelectual e empiricamente (MATTHEWS, 2010).

4.4.3 A expressividade no encontro

Em virtude das intensas sensações vivenciadas, descrevo brevemente, como meu corpo e o corpo do familiar se manifestaram durante as entrevistas.

Imaginei que não ficaria apreensiva, porque estava em um ambiente conhecido, acompanhada do familiar, um ser com quem tenho contato quase diário em minha profissão, mas fui tomada por uma intensa ansiedade. Uma avalanche de pensamentos surgiu no instante em que o familiar entrou na sala e sentou-se para dialogarmos. Mas, aos poucos, fui me tranquilizando, lembrando das leituras que havia feito sobre os assuntos que permeiam a entrevista e, principalmente, me permitindo cativar pelo encontro e aceitando a espontaneidade que dali emergisse.

Os seres humanos que me permitiram esse encontro mostraram interesse em ter um momento para falar sobre si, pensar a respeito de sua vida e descrever sua família. Nesta reflexão surgiram expressões manifestadas nos gestos, olhares, sorrisos e lágrimas, que desvendaram quem era este familiar. Revelaram-se seres fortes, pelas inúmeras adversidades que superaram; devotados às pessoas com transtorno mental, confiantes em dias melhores e carentes de cuidado.

O modo como percebi a expressividade de cada familiar é descrito abaixo:

F1 – Mulher, irmã, 38 anos. Parecia sentir muito medo e isto se evidenciou em sua conduta: desconfiada e inquieta. Falava em tom de voz muito baixo, aparentemente temendo que alguém ouvisse seu relato, várias vezes olhou em direção à porta da sala, para verificar alguma presença.

F2 – Mulher, mãe, 48 anos. Relembrar episódios de violência doméstica fez esta pessoa afastar o olhar de mim, mas em nenhum momento desviou o pensamento de sua família, estrutura mobilizadora de forças para o enfrentamento das dificuldades e a quem todo seu carinho e atenção eram direcionados.

F3 – Mulher, mãe, 42 anos. Revelou-se forte, dedicada e sensível. Sua emoção se manifestou em lágrimas, expondo necessidade de acolhimento e cuidado.

F4 – Mulher, irmã, 60 anos. Pareceu autoritária e rancorosa, mostrando desejo de ser reconhecida pela construção de uma vida íntegra e de sucesso.

F5 – Homem, pai, 56 anos. Revelou-se uma pessoa tímida, de conduta rígida, mas fragilizada, por enfrentar perdas repentinas na vida e preocupado com o futuro. Percebi que carecia de escuta e uma presença sensível, para que a emoção emergisse, promovendo algum alívio para seu sofrimento.

F6 – Homem, neto, 20 anos. Mostrou-se sereno, com entendimento sobre o transtorno mental e com bom vínculo com a pessoa com alta. Revelou uma visão positiva sobre a hospitalização e planos para aumentar o convívio com ela.

F7 – Homem, padrasto, 57 anos. Este encontro foi marcado pelo discurso contundente do familiar e sua visão crítica sobre a rede de saúde, o período de internação e o transtorno mental, com suas possibilidades e limitações.

F8 – Mulher, mãe, 42 anos. Um ser humano simples, resignado e muito afetuoso com o outro que saía do hospital. Revelou coragem e força para encarar as várias dificuldades presentes em sua vida, emocionou-se ao relatá-las, reconheceu que algumas atitudes suas influenciaram negativamente no tratamento da pessoa com transtorno mental.

F9 – Mulher, esposa, 28 anos. Mostrou-se dedicada à família e apreensiva com as crises apresentadas pela pessoa com transtorno mental, pois, nesses momentos, todos no domicílio ficam expostos a riscos.

F10 – Homem, marido, 33 anos. Mostrou-se tímido, sério e de poucas palavras, mas demonstrou à sua maneira o afeto, a compreensão e o cuidado destinados à pessoa com transtorno mental.

4.5 Compreensão e interpretação

Para compreender e interpretar a expressão dos familiares foi necessário ultrapassar a coerência óbvia formada por um encadeamento de palavras e atentar para as significações presentes nos discursos (mensagens). O discurso oral remete à pessoa que profere as palavras, refere-se a um mundo que se deseja descrever, revelar ou representar, e dirige-se ao outro, o interlocutor, estabelecendo o diálogo, evento em que mensagens são compartilhadas. A apreensão da obra do discurso permite reconhecer a singularidade do ser humano em resposta a uma situação determinada (RICOEUR, 1990).

Após conhecer seus significados, o discurso oral necessita ser convertido em discurso escrito, que transcende à sua produção, pois permite uma infinidade de leituras e interpretações. O texto liberta a escrita da condição de diálogo do discurso, mas, para alcançar sua interpretação, faz-se necessário exercitar o distanciamento, que aconteceu do familiar e do seu contexto. Um movimento emergiu na pesquisadora, no sentido de aproximação com o texto, para transparecer e perceber a essência real do discurso escrito. Este exige, ainda, a interpretação do mundo do texto, um universo próprio, que o leitor imagina vivenciar, projetando nele suas expectativas mais íntimas (RICOEUR, 1990).

Concluindo o processo de compreensão, almeja-se chegar à apropriação, etapa em que se revela o ser-no-mundo diante do texto, ou seja, a singularidade do emissor do discurso. Esta característica individual interage com a subjetividade do leitor, quando este compreende discurso escrito e a troca de subjetividades contribui para que o leitor faça seu o que é do outro, reconhecendo-se na presença da obra (RICOEUR, 1990).

Desse modo, para apreender as mensagens implícitas nos discursos dos familiares, foi utilizada a proposta elaborada por Terra (2007, 2009), fundamentada na fenomenologia-hermenêutica de Ricoeur (1976, 1990). Foi usada a hermenêutica, processo que interpreta conteúdos e significados revelados ou ocultos nos discursos, destacando que, além da observação atenta, também foi registrado, após as entrevistas, os gestos e os sentimentos expressos pelo familiar, no diário de campo (TERRA et al., 2009).

Neste sentido, descrevo a seguir, o caminho percorrido para a compreensão do discurso dos familiares.

Inicialmente, fiz as entrevistas observando o contexto no qual os familiares estavam inseridos. Nesta pesquisa, o encontro permeado pelo diálogo foi fundamental. Observei como

o familiar se expressava, sentia, pensava, o que me possibilitou uma aproximação do outro para conhecer sua vivência.

Na sequência, o discurso oral estabelecido na entrevista foi escutado; após, foi transcrito para o discurso escrito, texto, mostrando as histórias vivenciadas pelos familiares. Ao passar o discurso oral para o escrito, o contexto desapareceu. Assim, busquei, sempre que possível, transcrever as entrevistas uma por uma e, na sequência, registrei as minhas observações realizadas a partir das reflexões ao término das mesmas.

Com o discurso escrito em forma de texto, realizei uma *leitura simples* do discurso, apreendendo a fala do familiar, preservando o discurso original, buscando perceber os primeiros significados. Verifiquei a necessidade de uma aproximação com o texto para refletir sobre a vivência do familiar em relação à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental, visando à compreensão e interpretação do que se escondia na sua experiência. Observei o distanciamento do contexto e do familiar, pois este já não estava mais presente. Ficou o discurso em forma de texto para identificar os possíveis sentidos, e nesta pesquisa procurei compreender os significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental à luz do referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty, e também de outros estudiosos sobre o tema.

Posteriormente, fiz a *leitura crítica*, mas foram necessárias outras releituras, com vistas à compreensão e à interpretação do que o familiar desejou expressar (significados). Após a leitura de cada texto, às idéias relativas ao objeto de estudo foram destacadas e organizadas em temas (segmentos do discurso compreendidos no texto, que formaram uma unidade de sentido), visando perceber o que o discurso almejou dizer e as imagens projetadas diante do texto, a metáfora. Esta “vai consistir no poder de reescrever a realidade, o que acarreta a necessidade de uma tomada de consciência quanto à pluralidade dos modos de discursos e quanto à especificidade do discurso filosófico” (RICOEUR, 1990, p. 9).

A *apropriação* aconteceu quando a mensagem foi revelada de maneira dinâmica, permitindo várias interpretações, pois não é uma verdade absoluta (TERRA et al., 2009). Ela possui vários sinônimos, como: tomar para si e apossar-se, ou seja, fazer seu o que é alheio. Existe uma necessidade de fazer nosso o que nos é estranho. Nessa perspectiva, apropriar-se de dada realidade significa transformá-la num mundo para si (RICOEUR, 1990).

4.6 Dimensão ética

Após o projeto de pesquisa ter sido aprovado pelos membros da banca de qualificação, foi encaminhado à Coordenação de Enfermagem do Serviço de Psiquiatria do HUSM, solicitando sua autorização para a realização do estudo na Unidade Paulo Guedes. Já havia conversado anteriormente e apresentado o projeto de pesquisa em reunião de equipe. Nessa reunião, a equipe manifestou o desejo de que a pesquisa fosse realizada, pela relevância da temática para os profissionais da unidade de internação já mencionada.

Após, o projeto foi registrado no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde. Posteriormente, foi encaminhado à apreciação da Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) do referido hospital e registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa (SISNEP). Na continuidade, o protocolo do projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da UFSM, sendo aprovado sob o nº 0343.0.243.000-11, pois atende às determinações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Essa Resolução aponta que todos os protocolos de pesquisa que envolvam seres humanos, independente da área de conhecimento, necessitam ser avaliados quanto aos critérios éticos e científicos por um comitê de ética em pesquisa institucional. Sinaliza, também, que a inserção do pesquisador no campo de estudo acontece somente após aprovação do projeto de pesquisa por este mesmo comitê (BRASIL, 1996).

Os familiares foram informados sobre a possibilidade de desistir, a qualquer momento, de sua participação nesta pesquisa, mesmo após o aceite inicial, sem que o fato lhes ocasionasse qualquer prejuízo, garantindo, assim, sua autonomia. A entrevista foi realizada, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), juntamente com o familiar, tendo em vista ressaltar o objetivo, metodologia e o seu anonimato neste estudo. O TCLE foi apresentado em duas vias, ambas assinadas no momento da entrevista, sendo que uma ficou de posse do participante do estudo e a outra foi arquivada, juntamente com as demais informações (os discursos gravados armazenados em áudio, no *compact disc* (CD), e as entrevistas transcritas). Esses dados serão mantidos sob a responsabilidade da Enfª Profª Drª Marlene Gomes Terra (orientadora desta pesquisa), em seu armário pessoal, chaveado, na sala nº 1445, localizada no quarto andar do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, pelo período de 5 anos e, após esse prazo, serão destruídas.

Os familiares foram comunicados de que a entrevista seria individual, aberta, e não

representaria, a princípio, risco à sua dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Porém, alguns sentimentos poderiam ser mobilizados ao recordar suas vivências relacionadas ao convívio junto à pessoa com transtorno mental e seu retorno ao domicílio. Caso isso acontecesse, o familiar seria encaminhado aos profissionais do próprio serviço, o que havia sido previamente acordado. Saliento que não houve desistência de participação na pesquisa ou intercorrência relacionada ao bem-estar dos participantes.

Para garantir o sigilo e confidencialidade dos familiares foi utilizada a letra 'F' (F1, F2, F3, F4, sucessivamente) por ser a letra inicial da palavra Familiar, seguido de um número que não correspondeu à sequência de sua participação.

O Termo de Confidencialidade (Apêndice B) assegura que a pesquisadora preservará em anonimato a identidade dos sujeitos quando ocorrer a divulgação dos resultados da pesquisa e o uso das informações obtidas, exclusivamente para fins científicos.

Os familiares também foram esclarecidos quanto à importância da produção de conhecimento sobre o objeto de estudo, que visa melhor instrumentalizar os profissionais da equipe multiprofissional para o planejamento da alta da pessoa com transtorno mental, da unidade de internação psiquiátrica. Por isso, os dados da pesquisa serão divulgados por meio desta dissertação, bem como de artigos científicos, participação em eventos e no Grupo de Pesquisa Cuidado a Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS).

5 DESVELANDO O SIGNIFICADO ATRIBUÍDO PELO FAMILIAR À ALTA HOSPITALAR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

“Um presente sem por vir ou um eterno presente é exatamente a definição da morte, o presente vivo está dilacerado entre um passado que ele retoma e um por vir que ele projeta.”
(MERLEAU-PONTY, 1999, p.447)

A presente investigação buscou compreender os significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental. Esse fenômeno manifestou-se por meio da percepção do familiar, de forma ampla e ambígua, desvelando a complexidade das relações vividas entre a família e a pessoa hospitalizada.

No encontro com os familiares, pude me fazer ouvinte em relação às suas colocações e me fazer presente, em um momento experiencial, dialógico e sensível. Dessa maneira, desvelou-se para mim, na prática, a experiência que Merleau-Ponty (1999) chama de corpo sensível, que é o que nos denomina como seres humanos, encarnados, que se ergue e nos torna veículo da nossa própria existência, na qual a relação com o outro faz com que o mundo exista para mim.

Nesse sentido, para apreender os significados expressos pelo familiar, foi importante que eu estivesse aberta e atenta para o momento de encontro da entrevista, pois no decorrer dessa interação seria revelada a posição do sujeito diante do mundo, por meio da intencionalidade da linguagem, uma vez que esta representa a exteriorização do pensamento. A partir da intersubjetividade estabelecida, emerge a fala falante, expressão mais íntima do familiar, fonte do novo sentido que se origina a partir do significado óbvio da fala (MERLEAU-PONTY, 1999).

Para compreender o fenômeno de pesquisa, foi associada à fenomenologia de Merleau-Ponty a metodologia hermenêutica de Paul Ricoeur. O objetivo maior da hermenêutica é se aproximar da essência do fenômeno presente na obra, que se materializa na metáfora dos discursos (RICOEUR, 1976, 1990). O espaço presencial e dialógico da entrevista desvelou-se em obra escrita, transportando toda a gama de expressões corporais e vivenciais tanto dos familiares, quanto da pesquisadora, o que as tornou parte do encontro

vivido de cada sujeito (MERLEUA-PONTY, 1999, 2002). Essa revelação proporcionou o que Ricoeur (1990) define como uma descoberta de si diante da obra, o que sinaliza que a metáfora é, de certa forma, uma construção do pesquisador e sujeitos da pesquisa.

Deste encontro experienciado entre o familiar e eu, emergiu a metáfora significativa da obra, que se revelou nos discursos por meio de três temas: o mundo da família revelado pelo familiar, a existencialidade do familiar na relação com o outro (a pessoa com transtorno mental) e a ambiguidade da alta hospitalar: entre a possibilidade de convívio e o receio de uma nova crise.

5.1 O mundo da família revelado pelo familiar

Como ouvinte do familiar sobre suas vivências e percepções em relação à pessoa com transtorno mental, testemunhei a revelação de mundos familiares diversos e singulares, pois o mundo descrito por Merleau-Ponty (1999) trata do vivido do ser humano, do que faz sentido para cada um, da atmosfera que permeia todos os pensamentos e percepções.

O familiar mostrou-me seu mundo quando descreveu sua convivência com a pessoa que esteve internada, quando relatou suas dificuldades, mostrou preocupação ou ressentimento por meio de um olhar ou gesto, suspirou resignado, quando suas lágrimas surgiram para amenizar a dor ou quando sorriu, refletindo sobre situações positivas. Essa multiplicidade de sensações representa o corpo próprio do familiar, inserido e comunicando-se com o mundo e revela os significados que emergiram da interseção entre suas vivências e as da pessoa com transtorno mental, em uma relação de consequências mútuas (MERLEAU-PONTY, 1999).

Ao mesmo tempo, o corpo próprio do familiar interage com as singularidades dos outros seres que compõem o mundo da família e também vivenciam as repercussões do transtorno mental. As descrições mostram essa vivência de generalidade, os vários mundos que emergiram na metáfora do discurso revelaram desde a aproximação até o distanciamento do familiar da pessoa com transtorno mental. A ambiguidade ocorre, justamente, em função da coexistência, que aparece ora caracterizada pelo prazer da presença do outro, ora pela angústia, medo e solidão, devido à responsabilidade pelo cuidado deste.

Os discursos a seguir revelam a percepção do familiar quanto a algumas circunstâncias experienciadas com a pessoa com transtorno mental, que perpassam pelo mundo da família.

Eu que trago ele prá cá, quando precisa. Corro com ele. A gente passa um trabalhinho com ele. [...] A gente trabalha, não pode ficar com ele ali embaixo [referindo-se à necessidade de um acompanhante no pronto-socorro, durante o período de observação]. Daí eu disse pro doutor: eu não posso ficar com ele [balança a cabeça em afirmação negativa]. Eu trabalho e tenho cinco crianças. Não posso ficar, não tenho como ficar. Eu vim trazer ele, mas não posso ficar. (F1)

Ela nunca me procurou [expressa ressentimento] e agora tá pedindo por mim. Eu tenho que dar a mão. (F4)

E vou me virar em duas pessoas, pra cuidar dele e cuidar da mãe [...] Daí vai ser assim, cuidando da mãe e cuidando dele. Daí não sei se eu vou poder trabalhar [...] [Suspira] A vida é dura, mas tem que trabalhar. (F8)

Os discursos mostram a vivência do sofrimento no mundo da família, que, em decorrência do transtorno mental, torna-se uma generalidade, e é decorrente de ser humano sentir *o nós*. Sabe-se que todo indivíduo possui uma história de vida com traços diferentes e também apresentam características sociais, culturais que os diferenciam uns dos outros e os tornam sujeitos no mundo. Pode-se dizer que o ser humano é também preenchido pela “impessoalidade, que os capacita a sentir o que o outro sente” (CARVALHO, 1991, p.72).

Revelam-se as complicações na relação entre o familiar e a pessoa com transtorno mental, uma vez que tal vínculo é atravessado por situações cotidianas. A interação entre os seres envolvidos no cuidado e as demandas da vida diária, por vezes, torna-se geradora de sofrimento para ambos, pois se estabelece uma relação de dependência entre os sujeitos, que os sufoca e induz o familiar perceber-se preso à pessoa com transtorno mental.

Outra realidade expressa é o distanciamento entre familiares e a pessoa com transtorno mental. Esta pode se afastar da família em virtude de sintomas apresentados, para evitar comentários, julgamentos, cobrança ou na tentativa de ocultar indícios de crise, e o familiar, por sua vez, prefere manter-se distante, não estabelece contato, não compreende ou não aceita as manifestações do transtorno mental.

Emerge também a preocupação e a sobrecarga do familiar que assume mais diretamente a responsabilidade do cuidado, enquanto que os demais se mantêm ausentes ou negam suas responsabilidades e cooperação. Torna-se evidente a pressão e sofrimento a que este familiar é exposto, já que possui pouca parceria para compartilhar suas dificuldades e o cuidado da pessoa com transtorno mental.

O preconceito ainda é uma das explicações para que as pessoas mantenham-se afastadas de quem possui transtorno mental. A discriminação está presente em quem é próximo a este ser, na região em que ele habita, na sociedade em geral e até em alguns profissionais de saúde que não atuam em saúde mental e se esquivam do contato com a pessoa

que possui doença psiquiátrica. Estes indivíduos demonstram pouca sensibilidade e expõem sua visão limitada do outro, enxergando o ser com transtorno mental apenas como se mostra externamente, ignorando sua essência. A doença psiquiátrica permanece com a conotação de ameaça iminente, mas estudos mostram que o familiar nutre a esperança de que este preconceito converta-se em compreensão (SCHÜLHI; WAIDMAN; SALES, 2012).

Acerca da sobrecarga que permeia a existência do familiar envolvido diretamente com o cuidado, esta se evidencia pelas necessidades da pessoa com transtorno mental, pela falta de auxílio e empenho para o cuidado por parte dos demais integrantes da família, pela anulação de sua subjetividade, pela sensação freqüente de impotência, medo e preocupação, pelo surgimento de doenças físicas e psíquicas, pela ausência de recursos de enfrentamento, enfim, por uma série de eventos que repercutem na mente e no corpo do familiar (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008), visto que este corpo é sensível ao mundo e ao outro (MERLEAU-PONTY, 1999).

Única coisa que ele [a pessoa internada] questionava nós, é que nós tratava ele diferente, porque a gente não queria cobrar muita coisa dele e não botar ele pra trabalhar. Ele não tem condições. (F3)

Ele não quer ajudar o pai, como eu planto arroz [...] E ele não é sabe, de trabalhar na lavoura, não quer, não gosta [balança a cabeça em afirmação negativa]. (F5)

É um trabalhador que eu gostaria de contar com ele pra trabalhar em qualquer segmento, se ele estivesse, obviamente, são. (F7)

Ele é o nosso nenê [sorri] [...] Todo mundo se preocupa mais com ele. (F8)

Manifesta-se a dificuldade do familiar conceber o transtorno mental como uma doença que permite à pessoa acometida ocupar-se com funções que lhe proporcionem valorização, como qualquer outro ser humano, e não somente como algo definitivo, que não oferece outras perspectivas ou possibilidade de melhora. Parece que a família tem dificuldade em vislumbrar atividades alternativas para a participação da pessoa com transtorno mental no lar ou na sociedade. Revela-se importante pensar, que questões relacionadas ao desconhecimento da doença, às experiências de vida, as crenças pessoais, entre outras, contribuem para um ponto de vista pessimista acerca da doença do outro.

Uma possibilidade para que essa pessoa sinta-se inserida, útil e apreciada é estimular a realização de tarefas na casa em que ela vive, se tiver condições e disposição, pois, ao participar de certas atividades que beneficiam a todos os familiares, estará colaborando para um convívio harmonioso, um relacionamento mais compreensivo, estável e a redução ou

ausência de sobrecargas para algum componente da família (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

Minha vó sempre teve um probleminha assim mental e ficava meio difícil de ir lá, conviver 24h [baixa o olhar e a entonação da voz] [...] Ela arrumava encrenca com todo mundo [...] Ela tinha rixa com as minhas irmãs, com a minha mãe, com o meu tio, mas era por causa da doença. (F6)

Às vezes, saía uma discussão [entre a pessoa internada e a sogra], mas é sempre isso aí. Junto não é... é difícil dar certo, ninguém dá certo, acho. É que não deu ainda, não consegui fazer uma casa pra mim. E por enquanto tô morando, até conseguir, com ela [sua mãe]. (F10)

Os conflitos representam uma das principais dificuldades presentes no mundo familiar, visto que sintomas de alguns transtornos mentais desencadeiam nas pessoas que os possuem irritabilidade, euforia, crenças falsas de perseguição ou grandeza, tornando o familiar seu alvo central de críticas, hostilidade e desconfiança, pela proximidade da convivência ou por ser o principal incentivador e acompanhante do tratamento. Observa-se que o familiar mostra entendimento sobre tal situação, pois reconhece que esses eventos são motivados, principalmente, pelo estreito convívio e/ou pela sintomatologia da doença.

Essa compreensão é importante para reduzir ou evitar desavenças, o que promoverá a união dos familiares para o enfrentamento do transtorno mental, a percepção e respeito destes às singularidades e limitações da pessoa com a doença, o progresso de sua reinserção social e a solidificação do sentimento de família (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

As vivências expressas pelos familiares desvelam-se como ambiguidade, a vivência do *entre nós* de meu corpo e eu: por um lado o *eu primeiro*, antes da objetivação, está no “nível do sentir e é compartilhado com pessoas que não compreendemos” (CARVALHO, 1991, p.72), “a não ser por meio da sua relação com o corpo”; de outro lado, o *eu*, o ‘*outro eu mesmo*’ (linguagem como alter ego), objetivação do *eu primeiro* (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 206-223).

Dessa maneira, a pessoa com transtorno mental demanda resiliência, capacidade de discernimento, paciência e persistência do familiar, qualidades que ilustram a dedicação necessária para ofertar cuidado a estas pessoas.

Ele é bom, ele ajuda a gente. Ele ajuda, também. Dá dinheiro, compra alguma coisa e dá para gente também. [...] A gente também acha falta dele. [...] Porque ele é bem calmo, depois que ele sai daqui ele fica um ano, dois anos, ele fica assim bem bom. Mas chega fim de ano ele começa. (F1)

Evidencia-se, aqui, o sentimento de pertença da família, representada por este familiar, em relação à pessoa com transtorno mental, pois suas virtudes são identificadas com afeição;

sua ausência no lar é percebida, quando se faz necessária a internação, e há o reconhecimento do período de estabilização da doença, assim como do início de uma crise. Deste modo, desvela-se que é possível preservar e fortalecer os laços familiares, apesar dos momentos de desorganização e desavenças frequentes que possam ocorrer.

O compartilhamento da existência e de uma história de vida proporciona os ensinamentos necessários para que os membros da família reconheçam suas necessidades, afinidades e comprometimento uns para com os outros, consolidando, assim, uma convivência que estimula o bem estar e a superação das adversidades enfrentadas no cotidiano. É nesta atmosfera de apoio mútuo que a reaproximação dos familiares acontece, colaborando para a inserção da pessoa com transtorno mental na família e comunidade (DIAS; SILVA, 2010).

Dessa forma, percebe-se que o transtorno mental atinge a todos os integrantes do mundo familiar e, diante desse evento, é preciso auxiliar essas pessoas a reorganizar seus lares e suas vidas, para que o remanescente dessa convivência e desses afetos após o surgimento da doença, seja mobilizado e propicie a oportunidade de ressurgir e manter-se a família. Esta nasce de um gesto de amor, mas, quando esse sentimento desaparece, a essência familiar morre e a ligação entre estas pessoas é mantida pela formalidade e conveniência, e não mais pelo desejo de compartilhar uma vida (SANTIN, 2000).

Neste momento, estes seres necessitam de cuidado, para que possam reencontrar a união e a felicidade (SANTIN, 2000), pois isso as fortalecerá para prosseguir na coexistência com o transtorno mental. Assim, se os profissionais que prestam atendimento à família, em especial o enfermeiro, intencionam promover saúde, necessitam concretizar suas ações tendo em mente que, se “todos os seres vivos podem ser saudáveis, apenas os seres humanos são felizes. Por isso, diria que a felicidade é a marca infalível do viver saudável” (SANTIN, 2000, p. 70).

5.2 A existencialidade do familiar na relação com o outro (a pessoa com transtorno mental)

O ser familiar aparenta ter adormecido seu corpo, pois renuncia ao que traz sentido à sua vida, em nome do outro. Seu mundo perde a identidade, pois suas vivências confundem-se com as da pessoa com transtorno mental. Poucas são as oportunidades de o familiar realizar

algo para si, existe a necessidade de pensar no outro, com o outro. Dessa maneira, a troca de experiências é reduzida, já que estas acontecem em conjunto (MERLEAU-PONTY, 1999).

Permaneceu latente na obra do discurso e surgiu nas entrelinhas das entrevistas o mundo sujeito de cada familiar, que se encontra fragilizado pelo enfrentamento dos episódios de crise do transtorno mental; por precisar lidar com o preconceito da sociedade, que exclui a pessoa cujo comportamento pode não corresponder aos padrões estabelecidos; pela exaustão do cuidado do outro; pelo suporte ainda deficiente da rede de saúde; pelas dificuldades financeiras; pelas reflexões e perspectivas futuras sobre a causa da enfermidade.

Nos próximos discursos, são desveladas as inseguranças, as percepções e os obstáculos com que o familiar se depara no cuidado à pessoa com transtorno mental.

Tem que se cuidar dele. É muito perigoso. Eu tenho medo dele, sabe. Nós lá em casa temos muito medo dele. A gente tem criança pequena, tem medo. (F1)

A gente tem medo de deixar. Hoje em dia eu tenho medo de deixar ele sozinho. (F3)

Nós estamos preocupados. E nós não queremos viver um momento como vivemos, um momento de medo. (F7)

Eu não fico tranquila, fico muito preocupada com ele, mesmo assim também, quando ele fica com os filhos. Eu tenho medo, assim, que a qualquer momento ele esteja bem, dali a pouco ele pode ficar ruim. Então eu tenho medo, porque daí já começa em primeiro lugar com agressividade. (F9)

Como mencionado acima, o medo parece ser companhia constante do familiar. Estes seres temem a agressividade, que pode ser direcionada a eles, aos outros ou ao ambiente, e os riscos advindos da imprevisibilidade do comportamento. Frequentemente é nos momentos de crise da pessoa com transtorno mental que o familiar vivencia o medo com maior intensidade (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012), pois se trata de uma circunstância crítica, em que os corpos de ambos permanecem em estado de alerta, devido à sensação de ameaça iminente. Uma existência tomada pelo medo, invariavelmente, resultará em sofrimento para este familiar.

O pai dele brigou comigo e ele foi se meter, daí que se manifestou esta doença [...] Um dia, daí, já com 19 anos, ele não se aguentou, começou a brigar e saiu apelando pra o soco no pai [...] Ele veio a ficar doente, acabou ficando internado [...] Ele não nasceu com esse problema, ele era quieto só, ele era nervoso. (F2)

Eu tive uma briga muito feia quando tava grávida dele [com o pai da pessoa internada]. De repente, o problema dele já foi desde aquele início [...] Os guri [irmãos] discutiram aquele dia, que desencadeou [a crise]. Decerto ele se atacou dos nervo, e daí começou a piorar [...] Eu vi desde o início, porque a gente, mãe, sabe como eles são e como eles tão diferente [...] A gente viu que o problema é grave, que não era pouca coisa. Antigamente ele era de um jeito, só que, hoje ele desencadeou uma coisa diferente. (F3)

Porque ela, doente ela não é! Ela tem problema de...como é que a gente diz, é... depressivo, mas com remédio tu controla. Porque eu vejo gente com depressão que tá trabalhando. (F4)

Mais uma vez o familiar faz referência a situações em que hostilidade e discussões se fizeram presentes no lar. Conflitos de qualquer ordem originam sofrimento em todos os implicados: casal, filhos, irmãos, entre outros familiares.

Além disso, os discursos trazem as explicações dos familiares para o transtorno mental, pois, na incerteza de um fator desencadeante para a doença, relembram vivências negativas que possam ter contribuído para a situação atual. Esta ação também revela a intencionalidade de aliviar a ansiedade e insegurança diante de seus questionamentos, muitas vezes sem resposta.

O familiar, ao perceber uma pessoa que faz parte de sua vida e lhe é significativa com transtorno psiquiátrico, talvez tenha como primeira reação a busca pela cura, para que este se recupere o comportamento de antes, mas, ao compreender a impossibilidade de sanar completamente a doença, o familiar expressa extremo sofrimento e dor. Nesse momento, os profissionais de saúde precisam estar preparados para uma escuta sensível, com o intuito de auxiliar o familiar a acolher este acontecimento e pensar sua vida a partir do horizonte que está por vir (WAIDMAN; ELSSEN, 2005).

Não obstante, surge dúvida sobre o real comprometimento físico e mental gerado pela doença psiquiátrica. Por vezes, a desconfiança do familiar vem da dificuldade em entender o transtorno mental e sua influência no comportamento daquela pessoa, associando-o a má conduta, simulação, incompetência para realizar algumas atividades e até preguiça (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

Ele não queria mais [ingerir a medicação], aí ele dizia que tava fazendo mal, que dava dor de estômago [...] A vó dele deixou ele tomar o remédio por conta, só que ele não toma [...] Deem o remédio [a mãe recomendando os demais familiares], porque ele é resistente, não quer tomar. (F3)

Esse problema que ele teve agora, mas é culpa dele, porque a gente sempre dá auxílio [...] Agora ele viu de novo, onde é que veio parar, por causa do problema dele, que ele deixou de tomar os remédios. Não precisava tá aqui, mas como ele é teimoso [...] Eu falei pra ele, agora, de novo, cada vez q tu fizer isso de deixar dos medicamentos, tu vai parar aqui e vai chegar num ponto que não vai mais te ajudar mais isso. Quando vê, tu vai ficar internado pra o resto da vida, e aí?! (F5)

Ela melhorou, achou que podia morar sozinha, que é o que ela sempre quis. Revoltou todo mundo. Daí ela para de tomar o remédio, não quer mais, aí volta pra o tratamento, larga o tratamento, sempre assim... (F6)

Eu é que fui a errada, sabe, eu não dei os remédio pra ele [baixa a cabeça e a entonação da voz]. E fui deixando. (F8)

Os discursos mostram um dos desafios do familiar da pessoa com transtorno mental: esclarecer a ela sobre a doença e a importância da continuidade do tratamento. Os familiares exprimem decepção, pois sua voz não é ouvida quando alertam os demais membros da família sobre a possibilidade de a pessoa não ingerir a medicação ou quando a mesma não dá atenção aos conselhos sobre as implicações do abandono do processo terapêutico. Isso evidencia a falta de auxílio para a manutenção do tratamento e frustração, devido aos embates e insucessos frequentes na tentativa de conscientizar essa pessoa. Dessa frustração advém a culpabilização da pessoa doente por não seguir os cuidados e as recomendações dos familiares e profissionais de saúde, assim como, a responsabilização do familiar por também não adotar tais orientações.

Em referência à comunicação, Merleau-Ponty (2002) expõe que, em um diálogo, a palavra do outro toca nossas significações. Quando lhe falo e o ouço, o que escuto insere-se nos espaços do que digo; minha palavra intercala-se com a do outro, me escuto nele e ele em mim. No entanto, para que as diferenças de expressão sejam convertidas em sentido, é necessário um momento de reencontro, de admiração; não com o que há de semelhante entre os sujeitos, mas com o que há de distinto, e, para isso, é imprescindível que eu e o outro estejamos dispostos a transformar algo em nosso interior (MERLEAU-PONTY, 2002).

Em seguida, emerge culpa e, ao mesmo tempo, arrependimento, pois o familiar relata que suspendeu a administração dos psicofármacos utilizados para o tratamento do transtorno mental. Entretanto, ao perceber o retorno das manifestações da doença, compreende que sua atitude não foi adequada, pois implicou em consequências negativas para seu parente.

A não aceitação do tratamento, seja medicamentoso ou psicoterápico, representa uma das principais motivações para o desencadeamento de crises do transtorno mental ou reinternações hospitalares. Esse acontecimento vai de encontro aos benefícios da utilização dos psicofármacos para interromper ou atenuar os sintomas desta doença, uma vez que sua ação esperada é que favoreça as relações interpessoais da pessoa e possibilite sua participação ou reinserção em diversas atividades, desde as terapêuticas até as da vida cotidiana (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2011).

No entanto, por vezes, a pessoa com transtorno mental passa a recusar-se a ingerir a medicação indicada, quando percebe a melhora dos sintomas e julga que está curada ou quando sente os efeitos colaterais deste recurso terapêutico (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2011). As reações adversas também movem os familiares a suspender a administração dos psicofármacos.

Diante da necessidade dessa alternativa terapêutica, que possivelmente será para toda a vida, e vislumbrando a assiduidade ao tratamento, os profissionais de saúde, em especial o psiquiatra, responsável pela indicação e prescrição dos fármacos, e o enfermeiro, agente de educação em saúde, precisam atentar para os possíveis efeitos colaterais, tratá-los e prover informações à pessoa com transtorno mental e seu familiar, já que estas manifestações contribuem demasiadamente para o insucesso do tratamento.

Ele já veio umas quantas vez internado. Várias vezes [...] Da última vez ele mesmo pediu. Ele me pediu pra trazer ele, que ele se sentiu mal. Ele mesmo pediu pra trazer ele. (F1)

Eu sei que aqui ele foi bem tratado. Aqui não acontece nada com ele [...] A gente não tem, assim, desconfiança nenhuma, que aqui é bom o tratamento, pra ele. (F5)

Foi bom ela ter vindo pra cá, porque ela tava com uma séria crise desses problemas dela [...] Foi muito bom a gente conseguir trazer ela pra cá, pra ela se tratar. (F6)

Ao tentar trazê-lo pra cá[...] Me fizeram ir ao poder público, ao estado, à promotoria, buscar a defesa dele, da mãe [...] Mas o que que eu vou fazer, se eu não tenho faixa para conter?! (F7)

Já é a segunda vez que ela tá internada aqui [...] Aí que tiveram que tomar uma providência, porque não dava pra deixar do jeito que tava ficando. Ela não se aguentava mais. (F10)

Embora atualmente o hospital não seja a primeira opção para a terapêutica do transtorno mental, visto que é considerado um ambiente impositivo, de privação de liberdade e exclusão, a internação hospitalar ainda é percebida como uma oportunidade de cuidado pela pessoa que necessita de tratamento (FURLAN; RIBEIRO, 2011) e seus familiares. Estes referem grande dificuldade em lidar com o outro nos momentos de crise no domicílio, pois não possuem estrutura física semelhante aos serviços de saúde e a pessoa é resistente as orientações e intervenções dos familiares; muitas vezes porque reconhece que seu comportamento desencadeia medo na família e que estes, já fragilizados pela série de acontecimentos que vivenciam, não conseguirão manter a segurança e a firmeza em suas atitudes.

Hoje, a internação é realizada com o objetivo de estabilizar os momentos de crise, reduzir os riscos a que a pessoa com transtorno mental e seus familiares são expostos, averiguar necessidades psicossociais e ajustar ou retomar o tratamento medicamentoso. Estas providências vislumbram a reinserção da pessoa em seu meio familiar e social na alta hospitalar (CARDOSO; GALERA, 2009).

Sendo assim, desvela-se a necessidade de atenção ao familiar e, em especial ao familiar que cuida, que nas entrevistas explicita sua necessidade de ajuda e cooperação, para

exercer o cuidado do outro. O familiar precisa ser ouvido e respeitado em sua individualidade, uma vez que os profissionais de saúde estão habituados a prestar atendimento à pessoa com transtorno mental, mas tendem a não dedicar a atenção devida ao familiar, não valorizando o sofrimento deste ser. O apoio dos serviços de saúde mental revela-se importante para auxiliar o familiar a pensar e realizar o cuidado desse membro da família. Igualmente, percebe-se a urgência em estimular a reflexão do familiar quanto ao cuidado de si, pois a convivência contínua com a pessoa com transtorno mental origina dificuldade de reconhecer-se como corpo sensível, também merecedor de atenção. Deixando o cuidado de si em segundo plano, o familiar também está susceptível ao desenvolvimento do transtorno mental, devido ao estresse e esgotamento constante. Sua vida e a da pessoa que demanda atenção confundem-se, desenvolvendo uma relação eu-outro simbiótica, que pode ser rompida e dar origem a um eu-outro dependente, com relações singulares limitadas (MERLEAU-PONTY, 2002).

Além disso, na medida em que os sentimentos dos familiares são conectados aos da pessoa com transtorno mental, emergem vivências de cuidado, pois estas podem ser observadas como ações para interação, coexistência. Percebe-se que o familiar busca em si um empenho para a recuperação do outro (MERLEAU-PONTY, 2002).

5.3 Ambiguidade da alta hospitalar: entre a possibilidade de convívio e o receio de uma nova crise

Os discursos revelam a reflexão da existência do familiar, as suas percepções dos acontecimentos relacionados à história do mundo do ser com transtorno mental, que afeta seu vivido diário; desvelam uma relação ambígua com a pessoa que está recebendo alta, qual seja, a possibilidade de convívio e o receio de uma nova crise. Nessa compreensão, não se trata somente do retorno do familiar hospitalizado para casa. Uma gama de sentimentos e sensações é mobilizado em um corpo familiar que havia esquecido ou desistido de perceber-se, compreender-se como corpo sujeito. Esse evento remete à Merleau-Ponty (1999), quando sinaliza que não podemos ignorar um horizonte de possibilidades que se abre no presente, para um futuro que está por vir, pois os fenômenos não se apresentam neutros, carregam sentidos que são manifestados pela gestualidade corporal, a qual descortina a expressividade dos familiares.

A ação de sair com a pessoa com transtorno mental do hospital inter-relaciona-se com a duração do internamento, pois o familiar pode dedicar a parcela do seu tempo utilizada para o cuidado do outro, a si, indicando um aspecto positivo desse período. A ausência momentânea do outro possibilita que o familiar resgate a percepção de si, reflita sobre seu cansaço, suas necessidades, seus anseios, sobre como lida com o próprio corpo. Este instante de reencontro consigo propicia o restabelecimento de suas forças, pois promove descanso, sensações agradáveis e afasta a atenção das experiências negativas. Por meio do distanciamento das dificuldades, o familiar se fortalece para pensar o transtorno mental como uma circunstância que pode ser enfrentada (DIAS; SILVA, 2010).

Exemplificando uma perspectiva negativa para o familiar quanto à alta da pessoa com transtorno mental, cita-se o receio de uma nova crise, geralmente desencadeada pelo abandono do tratamento; por situações estressoras no relacionamento familiar, afetivo ou com a sociedade, ou por meio do resgate de vivências dolorosas experimentadas nos momentos de colapso. Apreendemos as coisas da maneira que as vemos sob determinado ângulo e distância, por esse motivo os fenômenos são indefinidos e ambíguos (MATTHEWS, 2010).

Nesse sentido, os discursos abaixo revelam a diversidade de sensações vivenciadas pelo familiar no momento da alta da pessoa com transtorno mental.

Bem faceira, e feliz [sorrindo] [...] E as crianças principalmente também, tão esperando ele. Esses dias, o médico me chamou pra ver sobre uns medicamentos que era pra pegar e acharam que era alta dele [...] Daí cheguei lá [em casa] e ficaram tudo triste. (F2)

Ah é uma felicidade [sorrindo]! É que lá em casa, a alegria da casa é ele, sabe. [...] Nós arrumamos, pintamos o quarto, para esperar ele. E nós estamos esperando ele bem faceiros. (F8)

Eu fico muito alegre em saber que ela melhorou, ficou boa[sorriso tímido]. Vai pra lá [casa] cuidar da filha dela, que faz mais de mês que ela não vê [...]. (F10)

Percebe-se que o retorno da pessoa com transtorno mental à sua casa, desperta grande expectativa na família. Há uma mobilização para preparar cuidadosamente o ambiente e uma intensa ansiedade pela chegada do outro; ambas as sensações são motivadas pelo afeto e desejo de recepcionar o outro da melhor forma possível, revelando um genuíno sentimento de felicidade da família por ter a pessoa com transtorno mental de volta no lar, também expressado em seus corpos, pelo sorriso.

Algumas famílias encontram no convívio cotidiano com o outro, o sustentáculo para suas relações, mesmo atingidas pelo transtorno mental. Gradativamente, estes seres descobrem a potencialidade da união pelo afeto, a flexibilização no desempenho de papéis e a

vontade recíproca de ajudarem-se. Forças que poderiam ser desconhecidas, mas foram instigadas para o enfrentamento da doença (DIAS; SILVA, 2010).

Agora no que ele chegar, é tudo diferente. O modo como dizer, nem alterar a voz vocês podem, porque ele tá dum jeito ... [a mãe orientando os irmãos sobre como deveriam agir no retorno do familiar para casa]. Claro que ele tá medicado, mas ele tá entendendo, ele vê as coisa, ele sente. (F3)

Esperar, vamo vê [...] De repente agora ele mudou, não sei, vamo vê. É por causa do problema dele. Vamo vê agora como vai ser daqui pra adiante. (F5)

Transparece, aqui, a preocupação do familiar em orientar os demais sobre a importância de rever e modificar comportamentos, com o intuito de preparar a família para a recepção e convívio com a pessoa que recebe alta. Tal apreensão se dá pelo anseio em proporcionar uma atmosfera familiar harmoniosa, que proteja o ser com transtorno mental de prováveis conflitos ou perturbações e colabore para o bem estar de todos.

Surge também certa descrença em que a pessoa que deixa o hospital seja capaz de modificar suas atitudes. Essa incredulidade do familiar aparentemente é desencadeada pelo enfrentamento repetido da resistência da pessoa com transtorno mental em aceitar-se portadora de uma doença e sua dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso. O ceticismo merece atenção e intervenção dos profissionais de saúde para que não se converta em desesperança; quando o familiar associa o cuidado ao sofrimento, não visualiza mais possibilidades de melhora e passa a acreditar que de nada adianta auxiliar a pessoa com transtorno mental (SCHÜLHI; WAIDMAN; SALES, 2012).

Os transtornos psiquiátricos representam uma das principais causas de adoecimento da população, mas ainda conferem grande estigma às pessoas que os possuem, a despeito das crescentes discussões relacionadas à saúde mental e motivando a relutância destes seres em admitir a doença.

A mãe quer ele [...] Ele que ajuda a mãe. A mãe ajuda ele [...] Ele não deixa faltar as coisas [...] Acha muita falta dele [mãe]. (F1)

Uma vitória até, ela sair daqui [...] Daí não tem mais o que fazer..., O negócio é levar, vou tentar [...] Vou tentar tudo pra ficar com ela, mas se ela não se ajudar...[...] E eu tenho uma coisa pra dizer: eu tô fazendo isso não é tanto por ela, mais pela minha mãe [levanta o dedo indicador] [...] Então, acho que é isso que eu vou fazer, essa homenagem pra mãe. (F4)

É muito bom, sabe, tu poder levar a tua vó embora agora. Querendo ou não, é parte da família [inclina a cabeça para o lado direito aparentando resignação]. (F6)

Esses discursos sinalizam ambigüidade nas palavras dos familiares, pois, em um primeiro momento, afirmam que a alta é um acontecimento positivo, mas em seguida expõem insegurança, desejo de valorização por trás de certas atitudes e conformismo.

Culturalmente espera-se que a família mostre interesse, consideração e acolhimento contínuos à pessoa com transtorno mental, mas as relações familiares permeadas pela doença psiquiátrica tendem a ser mais intrincadas. Em geral isto acontece devido à convivência desarmônica associada à instabilidade do transtorno mental, ao grau de dependência da pessoa com a doença, às particularidades da história de vida desta genealogia, ou pela dificuldade de compreensão e reconhecimento do transtorno psiquiátrico presente na família (ANTUNES, 2001; ESTEVAM, 2009; SILVA, 2010).

Em consequência dessas situações, os vínculos afetivos entre os componentes da família se desgastam e a alta da pessoa com transtorno mental traz à tona sentimentos conflitantes, carregados pelas vivências negativas experienciadas pelos familiares e pelos significados construídos em relação a essas experiências. Tais sentimentos revelam que “não há vida ‘interior’ que não seja um primeiro ensaio de nossas relações com outrem”. Sendo assim, não somos estáveis devido à ambigüidade que o ser humano (familiar) vivencia por ser um corpo, possuir uma história (pessoal e coletiva), o que revela que aquilo que objetivamos seja intencional e dependa das escolhas que ele faz a partir das interações e relações estabelecidas com as coisas e com o outro (MERLEAU-PONTY, 2002, p. 52).

Diante de vínculos enfraquecidos, compete ao enfermeiro perceber as fragilidades nessa relação e desenvolver estratégias que sensibilizem, estimulem e permitam aos envolvidos, um novo olhar à convivência familiar.

O paciente tem alta por melhorado ou curado[...] Ele não está tendo alta daqui por nenhum destes motivos [eleva a entonação da voz][...]O profissional médico que cuida dele diz que a instituição não reúne as condições para que ele receba o tratamento adequado e devido[...]Se nós vamos falar por doença mental, nós temos alta para melhorar. (F7)

Eu me sinto bem. Mesmo assim, que ele, na verdade, teria que ficar mais uns dias, mas como eu preciso muito dele lá, então pra mim já seria bom. (F9)

Explicita-se nos discursos acima, o entendimento do familiar em relação à cronicidade da doença mental, uma vez que se admite a necessidade de tratamento dos sintomas, mas há o discernimento de que o transtorno mental é irremediável. Emerge também a ambigüidade em relação à presença da pessoa que recebe alta, pois o familiar reconhece que esta deveria permanecer no hospital para concluir o tratamento, mas sua saída é adiantada devido à

necessidade desta pessoa se fazer presente no lar, pelas atividades que exerce, pela ausência de suporte dos demais familiares ou mesmo por questões financeiras.

A ambiguidade das coisas aparece sempre em perfil, como uma relação figura-fundo, em que a manifestação da figura vela o fundo e o desvelar desse fundo pode desvelar diversas figuras. Isso significa que o sentir e o refletir não são observados ao mesmo tempo, porém compõem uma mesma unidade. Assim, toda afirmação do familiar atesta a cada instante que “enquanto nosso olhar viaja através do espetáculo, somos submetidos a um certo ponto de vista, e esses instantes sucessivos não são passíveis de sobreposição para uma determinada parte da paisagem (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 14), pois todo “engajamento e mesmo toda negação, toda dúvida tem lugar em um campo previamente aberto, atesta um si que se toca antes dos atos particulares” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 479).

As expressões do ser humano arrastam do passado um fundo de existência, que manifestam as ações, relações e interações com o outro, revestidas por solicitude e hostilidade. Não é possível separar sujeito e o objeto, pois o ser humano e as coisas se misturam. Um está imbricado no outro. Sendo assim, as coisas não são objetos neutros que o ser humano contempla diante de si, pois

cada uma delas simboliza e evoca para nós uma certa conduta, provoca de nossa parte reações favoráveis ou desfavoráveis, e é por isso que os gostos de um homem, seu caráter, a atitude que assumiu em relação ao mundo e ao ser exterior são lidos nos objetos que ele escolheu para ter à sua volta, nas cores que prefere, nos lugares onde aprecia passear (MERLEAU-PONTY, 1999, p.23).

Nessa perspectiva, a ambiguidade ocorre pela percepção do meu corpo, pois existe um paradoxo entre o mundo que se desvela para mim (o *em si*), e minha disposição em direção ao mundo (o *para si*), no contexto em que o ser humano está inserido. Existe uma correlação das experiências vivenciadas no próprio corpo (em si) e aquelas que o ser humano vivencia diante do mundo cultural (para - si) (MERLEAU-PONTY, 1999).

No que se refere à terapêutica dos transtornos mentais, a internação, quando realizada a partir de uma avaliação médica criteriosa, com suporte de uma equipe multiprofissional especializada e comprometida, ainda constitui uma importante alternativa de tratamento (CARDOSO; GALERA, 2009), contudo, os serviços disponibilizados à população continuam necessitando de muitas adaptações para se aproximar do ideal de reabilitação psicossocial. Há hospitais, unidades de internação, leitos em hospital geral, CAPS e outros locais de atendimento comunitário ainda reproduzindo condutas manicomiais, que não consideram as

singularidades das pessoas assistidas, não promovem sua socialização, nem a inserção dos familiares no tratamento.

A presença do outro e a experiência de cuidar proporcionam uma oportunidade de transcendência ao familiar, mas, pela diversidade de sensações experimentadas na alta da pessoa com transtorno mental, frequentemente ele não está preparado para reconhecê-las. Os profissionais de saúde podem auxiliá-lo a perceber que os sentimentos mobilizados e a grande demanda de energia requerida pelo outro podem vir a ser um instante para conhecer sua essência e a de seu ente. Dessa maneira, ele experienciará a vivência do eu posso e se transformará em um outro eu mesmo (SENA et al., 2011).

Sendo assim, percebe-se que os três temas que desvelam os significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental, expressam ambiguidade. Por esse motivo, não se pode atribuir um único significado à alta, uma vez que a ambiguidade acontece em consequência de um movimento contínuo entre a percepção objetiva e sensível de cada familiar (SENA et al, 2011).

As vivências dessas pessoas são intensas e circulam constantemente entre o que o familiar consegue descrever, racionalizar e o que ele verdadeiramente sente, independente de sua vontade. Essa dinâmica é influenciada por experiências vividas anteriormente, pelo corpo familiar, que não é capaz de apreendê-las, por completo, ao mesmo tempo. Em razão disso, a percepção revela-se ambígua e seu significado pode ser adaptado ao momento em que acontece (SENA et al, 2011).

6 APROPRIAÇÃO: REFLEXÕES DESENCADEADAS PELA ESCUTA SENSÍVEL DO FAMILIAR

Por meio da escuta sensível dos discursos dos familiares, pude compreender os significados por eles atribuídos à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental, norteadas pela fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, e desvelar o mundo da obra, instrumentalizada pela fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricouer.

Para me apropriar do discurso do familiar, aceitei que minha subjetividade emergisse e se manifestasse diante da obra. Houve uma sinergia entre sua expressão e minha vivência, o que possibilitou compreender o outro e a mim. Experimentei uma potencialização da sensibilidade à medida que o texto revelava o vivido do familiar, pois associava a leitura com as lembranças de sua gestualidade na entrevista; o que ora me aproximou da obra, pois desejava conhecer sua percepção e esta se manifesta por meio da corporeidade, ora me distanciou, pela surpresa ao me identificar com os discursos e refletir sobre minhas vivências. Depreendi que, não por acaso, escolhi o tema e os sujeitos de pesquisa, minhas singularidades conduziram-me a este encontro.

O familiar mostrou-se como um ser humano encarnado no mundo, que possui uma história; é um sujeito mundano, falante, que percebe e é percebido; reage às influências que as coisas e os outros exercem ao seu redor, mostrando-se dedicado, fraterno, compreensivo, corajoso, afetuoso e acolhedor. Mas também é amedrontado, rancoroso, cansado, receoso, desconfiado e sofrido, o que o desvela um ser ambíguo e multifacetado, uma vez que não consigo apreendê-lo por completo, pois meu ponto de vista é limitado ao espaço em que me encontro e à minha significação de mundo. Essa perspectiva revela que o familiar não é um mero objeto do mundo, mas um corpo que ele vive, habita, como veículo de sua experiência subjetiva.

Sendo assim, o familiar como *corpo próprio*, no contexto desta pesquisa, no que concerne às dimensões habitual e perceptiva, refere-se, à retomada que ele hoje faz dessa vivência histórica.

Apreendi que a pessoa com transtorno mental, o outro no relacionamento com o familiar, é percebido, por um lado, como um ser humano vulnerável, bondoso, sensível, insubstituível, alegre. Por outro lado, como dependente, imprevisível, desinteressado, indiferente, provocador e, por vezes, agressivo. Compreender o outro é perceber que ele está

no mundo, passa por experiências as quais são expressas pela linguagem. O familiar percebe o outro pela sua presença, mas isso acontece porque ele também é um corpo e, por meio dele, atua no mundo. O familiar sente que o outro é extensão das suas intencionalidades e estabelece algo comum entre o outro e eu, nossos pensamentos unem-se formando “um só tecido” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 474).

A oportunidade de resgatar a sua história remete o familiar à temporalidade de seu corpo, uma vez que este toma posse do tempo, que arrasta o passado ao presente e desvela os fios intencionais a um porvir do futuro com desejos. A retomada da consciência de si precisa ser constantemente exercitada, para consolidar-se na memória do familiar e não cair novamente no esquecimento, pois os fenômenos e os momentos articulam-se para construir um mundo de significações, como consequência de uma percepção e uma intencionalidade (MERLEAU-PONTY, 1999).

O desvelar do familiar e sua concepção do outro me permitiu apreender que ele tem dificuldade de falar sobre si, pois, quando é questionado sobre a sua singularidade, fala em nome da família e traz o ponto de vista deste sistema. Mas apresenta facilidade em expor sua percepção quando fala do outro, uma vez que as renúncias que se fizeram necessárias em sua existência, ao tê-la ocupada por ele, adquiriram um significado. O familiar teve de esforçar-se para lembrar de si, enquanto refletia sobre o significado da alta da pessoa com transtorno mental; esmerou-se para recordar das suas vivências, pois é algo que faz parte de sua experiência, da sua vida. Percebo que isto é humano, um corpo encarnado, sensível que se expressa por meio da gestualidade. É um ser de possibilidades.

Assim, a entrevista representou um momento de troca entre o familiar e eu, uma vez que me coloquei em segundo plano para que ele generosamente compartilhasse suas vivências, consenti que elas me tocassem para apreender seu verdadeiro sentido, pois penso no outro como o outro fala em mim (MERLEAU-PONTY, 1999). O desvelar teve continuidade na transcrição do discurso oral para o escrito, quando percebi nas palavras do familiar o sentido oculto, que mostrava a compreensão sobre sua vida e a doença do outro. Mas, para compreender o significado, precisei penetrar na experiência que estava sendo expressa nas palavras e ver o mundo de seu ponto de vista.

O mundo familiar é estremecido pelo transtorno mental, pois vários seres singulares passam a coexistir com a doença. O vínculo entre a família e o outro se manifesta como um circuito e o cotidiano é invadido pela ambiguidade, que denota, em uma perspectiva, afeição. Em outra, um estorvo, aversão. Por isso, a família precisa ser amparada e escutada.

O familiar mostra ambigüidade na alta do outro (pessoa com transtorno mental), pois possui uma trajetória de vida interrompida pela sua doença; a sua percepção volta-se para as experiências que lhe foram negativas com o outro, dificultando o reconhecimento da dimensão positiva de ser familiar. Quando ele dirige a atenção ao fundo de suas imagens mentais, resgata a essência que o move ao cuidado do outro, resignificando o momento atual em carinho, união, força e benevolência (MERLEAU-PONTY, 1999).

A existencialidade do familiar na relação com o outro também é permeada pela ambigüidade, uma vez que ele não encontra espaço para se manifestar em meio ao desgaste cotidiano ocasionado pela doença. Mas, por momentos, o familiar afasta as sensações perturbadoras, intencionando um pedido de ajuda, quando expressa confiança na unidade de internação e a reconhece como um espaço de cuidado. Esta atitude necessita de apreciação, pois, somente quando se toma posse da expressividade, aprende-se a conhecer o próprio corpo e este passa a comunicar-se com o mundo sensível (MERLEAU-PONTY, 1999).

Dessa maneira, o significado atribuído pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental revelou-se como ambigüidade. Esta é característica da vivência do ser humano, constituindo-se de dois pólos: o sensível (pré-reflexivo) e o reflexivo. Portanto, as objetivações, assim como as operações expressivas, constituem-se como uma transmutação do sensível ao reflexivo, que se realiza pela linguagem por meio das palavras, bem como os sentimentos que habitam o familiar.

Assim sendo, a ambigüidade revelou-se, por um lado, quando o familiar recebe o outro (a pessoa com transtorno mental com alta) e sua melhora lhe proporciona satisfação; mantém-se a harmonia no lar durante algum tempo e nutrem-se expectativas de um melhor porvir. De outro lado, quando ele teme esse horizonte de possibilidades, quando o visualiza em outra perspectiva, pela recordação de seu vivido, de que o outro pode abandonar o tratamento, estimulando uma nova crise. Isso levará o familiar a buscar auxílio na rede de saúde, mas na impossibilidade de tratá-lo por meio dos recursos alternativos, uma nova internação se fará necessária.

Desvela-se no círculo de vivências do familiar que as pessoas envolvidas na alta alargaram seus elos ao longo do caminho percorrido na coexistência com o transtorno mental. No entanto, o vínculo familiar, nesta situação, as mantém no percurso juntas e separadas, pelo mesmo motivo: a doença psiquiátrica. A manifestação desta enfermidade, em princípio, furtou muito do livre-arbítrio do familiar, mas, quando tem a chance de sobressair a esta experiência desencantadora, ele percebe que parte das atribuições e circunstâncias surge em auxílio das ações ou opções que adotamos para nossa vida. Logo, porque ele preferiu permanecer ao lado

do outro com transtorno mental, vivenciando esta liberdade de escolha, ela se tornou motivo e apoio (MERLEAU-PONTY, 1999).

Entretanto, as responsabilidades e preocupações do familiar são tantas que atrapalham seu discernimento. Isso o impossibilita a observar o outro como um ser humano, que existe independente da doença. O convívio entre eles desvenda-se complexo, pois é focado no transtorno mental e este ressoa em vários aspectos da relação: há dificuldade de diálogo e cooperação, pois comumente o familiar preocupa-se em vigiar as ações do outro para assegurar a constância do tratamento. Não percebe que cobranças e advertências invadem qualquer tentativa de conversação. A convivência desgastada não propicia a troca de afeto e atenção, adoecendo também o relacionamento e desvelando que estas pessoas necessitam de ajuda, pois não possuem iniciativa para mudança em meio ao seu sofrimento.

O familiar mostra resiliência e força diante das adversidades, mas seu corpo está cansado, carece de ser acolhido. Percebi isso em sua voz quando se mostrava hesitante, mas ansiava ser ouvida, e o seu olhar voltava-se para baixo, expressando que precisava de motivação para viver. Como profissionais de saúde, necessitamos estar abertos para novas significações deste corpo que dedica parte de sua vida ao cuidado do outro, visualizar as implicações abrangentes desta enfermidade, deixar de culpabilizar o familiar pela situação de seu ente, inseri-lo no plano de cuidados, assumir uma postura mais humilde e nos permitir também aprender com ele, ouvir seu desabafo, suas necessidades e levar em conta que não é possível planejar a assistência em saúde sem incluí-lo.

Como enfermeira atuante em saúde mental no cenário hospitalar, depredendi que estamos habituados a não dedicar atenção devida ao familiar. O corpo profissional naturalizou a presença do corpo familiar como alguém que relata o histórico de saúde da pessoa internada, pouco considerando sua singularidade. Percebi que este ser estima o espaço de tratamento hospitalar do outro, pois, tem conhecimento que é algo momentâneo e visa administrar um período de crise. Mas também reconhece a internação como um período de descanso, o que revela necessidade de distanciamento da pessoa com transtorno mental para ocupar-se consigo. Diante disso, é preciso encorajar o familiar a expressar seus sentimentos, pois compreendendo o que lhe faz bem ou não, ele poderá identificar recursos adequados às suas vivências para realizar o cuidado de si, uma vez que ele não conseguirá cuidar bem do outro após a alta se não for cuidado.

Os profissionais de saúde, tomados pela vontade de ajudar, necessitam atentar às limitações de sua percepção técnica, para não estimular o familiar a pôr em prática um modelo de assistência idealizado por terceiros. As pessoas são dotadas de um saber particular,

que se baseia em sua vivência diária com o outro e precisa ser respeitado. A enfermagem tem competência para utilizar a educação em saúde e orientar o familiar a reconhecer sua maneira de cuidar e os aspectos que podem ser melhorados, conforme a perspectiva dele. Do mesmo modo, não se pode negar a doença e sua sintomatologia, mas os enfermeiros são capacitados para auxiliá-lo a pensar além da terapêutica, identificar as principais dificuldades na relação enfraquecida pela enfermidade, abandono do tratamento ou reinternações, refletir sobre o que o familiar e a pessoa com transtorno mental têm feito ou podem fazer para recuperar seus vínculos, oferecer suporte e incentivo para este reencontro.

Compreendi que o mundo do cuidado em psiquiatria, apesar do notável progresso apresentado nas últimas décadas, tem muito a evoluir, para dar conta destas pessoas fundamentais para a continuidade do tratamento psiquiátrico. Os serviços de saúde mental são percebidos como locais de tratamento e ajuda à pessoa com transtorno mental, mas não prestam o devido atendimento ao familiar, que revela padecer com o paciente, seja na internação ou na alta, momento em que as responsabilidades do cuidado incidem sobre ele.

7 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ENCONTRO VIVIDO COM O FAMILIAR

Esta pesquisa teve o objetivo de compreender o significado atribuído pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental, que esteve internada na Unidade Paulo Guedes do Hospital Universitário de Santa Maria. As descrições das vivências dos familiares ocorreram por meio de diálogo, ações e interações, constituídas no decorrer da investigação, as quais colaboraram para a construção do conhecimento sobre a alta da pessoa com enfermidade psiquiátrica.

O referencial fenomenológico me estimulou a observar e refletir sobre a expressão do outro, pois, ao me distanciar da racionalização das falas e comportamentos, sem negar minha singularidade e experiência prévia do mundo, pude me entregar à presença do familiar, para descrever sua vivência da alta hospitalar. Da mesma forma, a fenomenologia possibilitou-me exercitar a humildade ao ouvir sensivelmente a expressão deste ser, uma vez que sua realidade vivida representou o saber mais importante que eu poderia absorver naquele momento, colocando em segundo plano qualquer conhecimento científico.

A fenomenologia de Merleau-Ponty permanece um imenso desafio, uma vez que minha aproximação com o universo da filosofia é muito recente. Destaco que esta obra é um modesto exercício do pensamento do referido autor, mas, frente aos passos dados até o momento, apreendo que minha angústia deu lugar a uma nova concepção de mundo, a qual foi possível pela interação entre meu corpo próprio e o outro, com o fundo do referencial filosófico, permeado pelas minhas motivações.

O interesse pela fenomenologia merleau-pontyana reflete meu desejo profissional de compreender o ser humano, que nesta pesquisa foi retratado pelo familiar da pessoa com transtorno mental, em sua totalidade. Nesse referencial, retoma-se a percepção do sujeito por meio do vivido dos familiares, compreendendo-os como um horizonte de possibilidades, que se estendem como fios intencionais ao mundo por eles habitado, bem como, ao vivido pela enfermagem.

A compreensão filosófica pautada no pensamento de Merleau-Ponty ensina a valorizar a intersubjetividade entre os sujeitos, pois é na relação com o outro que emerge a empatia, colaboradora para a assimilação das singularidades. Ainda, permite apreender a pessoa que está diante de nós por meio da sensibilidade, pois no diálogo com o familiar, fui tocada pelas

suas vivências, resgatando em mim a experiência perceptiva, que talvez estivesse preterida pelo corpo habitual no mundo profissional.

Foi possível vivenciar na prática a impossibilidade de romper os fios intencionais que nos ligam ao mundo, como reflete Merleau-Ponty, uma vez que o cenário de pesquisa faz parte do meu mundo da vida. Mas o exercício de olhar para meu local de trabalho como se fosse a primeira vez em que lá estivesse entrando me possibilitou ter e ser crítica sobre alguns aspectos que talvez passassem despercebidos, naturalizados em meio à prática diária de enfermagem em saúde mental. Percebi que não existimos separados do mundo da nossa experiência, somos parte dele; somos seres humanos vivendo num tempo e lugar específicos e desta posição interagimos com o mundo circundante.

Ao mesmo tempo, a hermenêutica de Paul Ricoeur oportunizou que eu conhecesse a autenticidade da linguagem, a intencionalidade do discurso dos familiares e os sentidos contidos em um texto. Ao transcrever o discurso oral em discurso escrito, precisei aproximar-me mais do texto, pois o familiar e o momento da entrevista já não estavam mais presentes.

Diante do texto, o mundo familiar mostrou-se por meio de uma multiplicidade de sensações que envolve todos os seres que coexistem com o transtorno mental. Os familiares experimentam percepções ambíguas acerca do outro que os distanciam de seu ente, quando restringem sua atenção à doença, e os sensibilizam quando se abrem para compreender a vivência do outro. A incerteza dos sentimentos é permeada pelo anseio de apoio mútuo, com vistas a reaproximar a família e restituir o entendimento e afeto, no convívio com a pessoa com transtorno mental.

A ambiguidade da alta é manifestada pelo familiar por meio das suas descrições vivenciais ao sorrir, motivado pela vontade de acolher a pessoa no retorno para casa; por um olhar desacreditado, que percebe a alta como uma questão de tempo para reviver as dificuldades enfrentadas com a pessoa com transtorno mental, ou por um discurso ambíguo, que denota as sensações e intenções contraditórias experienciadas pelo ser no mundo.

A existencialidade do familiar na relação com o outro foi abdicada, devido ao pesar pela manifestação do transtorno mental naquele membro da família, associado à consciência de suas implicações. O familiar intenciona partilhar com o outro este encargo, não permitindo que ele sofra sozinho. Mas nesta tentativa de apoio, ele experimenta sensações inerentes ao viver humano (medo, dúvida, frustração, desconfiança), que o fazem atentar novamente a si e perceber que ele também padece com a doença do outro. Mas não sabe ou não consegue pedir ajuda. Em seu discurso aparece que ele precisa de auxílio para cuidar melhor do outro, e também necessita ser cuidado.

Esta pesquisa revela que o significado atribuído pelo familiar à alta hospitalar é ambíguo, que exprime o entrelaçamento de duas naturezas: a impessoalidade (mundo da vida) e a pessoalidade (mundo da cultura). De um lado, ele vivencia sensações otimistas, e do outro descrenças, ao levar a pessoa com transtorno mental de volta ao lar. Em um polo, o familiar exprime o desejo de aceitação e capacidade de ressignificar-se na família por meio das suas ações, relações e interações com o outro que necessita ser cuidado. Já, em outro polo, exprime as relações diárias no contexto familiar, o receio de uma nova crise desencadeada pelo abandono do tratamento e experiências estressoras sofridas pelo comportamento do outro que não é aceito pela sociedade.

Neste momento de contemplação da obra, percebo que todo o esforço para sua concretização motivou-me a resgatar vivências, repensar atitudes e renovar minha visão do outro e do mundo. A obra me proporcionou conhecer a ambiguidade da existência humana e compreender que não é necessário permanecer atrelado à mesma perspectiva de mundo por toda a vida, pois o ser humano é dotado de vontade e esta proporciona infinitas possibilidades de vir a ser. Percebi que é preciso exercitar a reflexão constante sobre quem somos, o que sentimos e desejamos, visando desenvolver autoconhecimento, para que haja possibilidade de se reinventar diante das adversidades. Após a experiência de olhar o outro, ouvir seu discurso, observar as suas expressões acompanhadas pelo silêncio e sentir sua presença, acredito que avancei um pouco na caminhada ao encontro de mim mesma. Agora me considero mais uma observadora, sensível e compreensiva. Sinto que me tornei alguém melhor, um outro eu mesmo.

Em relação às possíveis contribuições desta pesquisa, percebo que a enfermagem na atenção hospitalar necessita direcionar mais seu olhar ao familiar, pois as consequências do transtorno mental não se restringem à pessoa acometida pela doença ou às paredes da unidade de internação. Compreender a vivência do familiar poderá auxiliar no cuidado prestado pela enfermagem e nas atividades da equipe multiprofissional da unidade psiquiátrica, possibilitando um melhor planejamento da alta da pessoa com transtorno mental e o desenvolvimento das potencialidades da família para o fortalecimento de vínculos, cuidado integral e parceria com o serviço de saúde. Para isso, faz-se necessário valorizar a iniciativa do grupo de familiares existente na Unidade Paulo Guedes, realizando-o independente do número de pessoas que se dispõe a participar no momento em que ele acontece, pois visa oferecer acolhimento a este ser que também é afetado pela doença.

Compreendi que precisamos fomentar ações de grupos de educação em saúde como um espaço de expressão do corpo próprio, uma vez que possibilita a retomada do vivido

(corpo habitual) por meio da ação do corpo perceptivo. Nesse espaço, é possível contemplar a assistência à família, bem como os aspectos relacionados ao transtorno mental da pessoa hospitalizada, no que tange ao plano de alta e tratamento, pois é evidente a necessidade de informações dos familiares. O acesso ao conhecimento, indubitavelmente, os capacitará para receber o outro de volta no lar e representará estímulo para um cuidado mais afetivo e otimista. O enfermeiro, em conjunto com os demais profissionais da equipe multiprofissional, tem um papel importante nesse cenário do grupo, em que os familiares compartilham suas experiências com os outros. E o grupo pode se configurar como um espaço para a prática de cuidado de si, onde os profissionais podem dar destaque à família.

Ao mesmo tempo, acredito que esta pesquisa poderá contribuir para o melhor entendimento do familiar sobre a alta e o reconhecimento deste acerca da importância da família para a saúde mental da pessoa com doença psiquiátrica, por meio da divulgação dos achados aos participantes do grupo de familiares, bem como pela disponibilização de cópias aos mesmos, se forem solicitadas. Desta forma, a socialização do saber poderá beneficiar a qualidade de vida e o relacionamento familiar entre esses seres humanos.

Ainda, creio que o planejamento da alta hospitalar requer dos profissionais da equipe diálogo com a rede de saúde coletiva, para encaminhar à pessoa com transtorno mental a continuidade do tratamento, comunicar seu retorno ao domicílio, fornecer informações sobre as condições atuais de saúde, reforçar sua necessidade de acompanhamento e apoio ao familiar. No que diz respeito à assistência em saúde na comunidade, apreendi que o familiar, ao sair com seu parente da unidade de internação, necessita encontrar suporte em seu território. Este precisa oferecer serviços aptos a acolher as demandas de saúde mental, desde a atenção básica, ambulatórios, centro de atendimento psicossocial, até pronto socorro e hospital, visando o acompanhamento, continuidade ao tratamento medicamentoso, reinserção às atividades em grupo e subsídio nos momentos de crise ou exaustão.

Assim, espero que os resultados desta pesquisa estimulem a comunicação entre os profissionais dos serviços de saúde, a troca de conhecimentos e experiências; que poderão ser viabilizadas por meio de visitas, rodas de conversa, oficinas, entre outras estratégias de educação em serviço. A integração e envolvimento das pessoas responsáveis pela atenção em saúde são necessários para (re)pensar as políticas de saúde mental, identificar estratégias para o fortalecimento da rede de cuidado e assegurar que a pessoa com transtorno mental e seu familiar encontrem uma referência de atendimento próximo ao seu domicílio. A articulação entre a rede de cuidado em saúde mental revela-se imprescindível para promover e manter o bem estar da população.

A união entre profissionais de saúde, familiares e pessoas com transtorno mental, agrega necessidades e motivações em comum, que conferem força de reivindicação a este grupo, possibilitando-os realizar uma mobilização social por mais locais de atendimento, qualificar os já existentes e reformular políticas públicas, com vistas a assegurar o direito de acesso à saúde, assistência singular e ágil.

Saliento que, para concretizar qualquer sugestão de melhoria ao atendimento em saúde mental, seja no ambiente hospitalar ou comunitário, além de comprometimento e capacitação dos profissionais é imprescindível que estes sejam em número e especialidades suficientes. Dessa forma, pessoa e familiar receberão um olhar ampliado, que possibilitará identificação e resolução mais eficiente de suas necessidades de saúde.

Para o ensino de enfermagem, penso que esta investigação ressalta o desafio de inserir a dimensão da família nos conteúdos das disciplinas, bem como nas discussões acadêmicas, desde o início da formação. O familiar está sempre presente no cotidiano dos enfermeiros, sendo parceiro na continuidade do cuidado, mas ele carece de orientações sobre saúde/doença e apresenta vulnerabilidades, portanto, merece atenção dos profissionais, para tomar decisões e realizar ações de cuidado de forma mais ativa. Os familiares têm a possibilidade de compreender as orientações que lhes são fornecidas e têm autonomia para escolher a melhor maneira de cuidar do outro.

Aos profissionais da Unidade Paulo Guedes cabe o compromisso de discutir em reunião o que foi desvelado nesta pesquisa, buscando preencher as lacunas expressas pelo familiar, bem como o que mais disser respeito ao conhecimento deste tema.

A fenomenologia merleau-pontyana auxilia a ciência e a enfermagem, ao enfatizar algo a princípio evidente, mas que por vezes é desapreciado no meio acadêmico ou profissional: a singularidade humana. O pensamento de Merleau-Ponty, com seus conceitos centrais da subjetividade incorporada possibilita uma visão da situação humana, como a do familiar, sujeito corpóreo que habita este mundo. As ideias desse filósofo geram conhecimento a partir de vivências e, considero que esta pesquisa contribui para o saber, pois parte das vivências do familiar, compartilhadas comigo, no encontro da entrevista. No entanto, cada familiar possui diferentes experiências na alta hospitalar, de acordo com a sua história, contexto, cultura. Dessa maneira, espero que a compreensão do significado atribuído pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental colabore para o conhecimento em enfermagem, incentivando os profissionais a olhá-lo, bem como ao mundo, de uma maneira nova.

No que se refere às limitações desta pesquisa, percebi que a ausência ou desconhecimento do cuidado de si do familiar da pessoa com transtorno mental se manifestou nos discursos e não foi abordado em profundidade no desvelar dos significados, o que abre possibilidades para novas investigações acerca desta temática. Ainda, o momento da entrevista (antes e após a alta) e a participação de somente um membro da família, permitem pensar em outros estudos que utilizem um referencial que inclua a unidade familiar como sujeito de pesquisa.

Sendo assim, observa-se que é preciso construir espaços de intersubjetividade visando à compreensão dos familiares no processo de alta, de modo que esses sejam auxiliados no exercício da resignificação de suas vivências. Dessa forma, observa-se que esta apreensão admite não só a perspectiva do semelhante, mas também a do diferente, possibilitando que o familiar surpreenda a si e aos outros, pois o ambíguo manifesta as vivências do sujeito e do mundo. É na alteridade e na abertura ao *eu posso* que se pode desvelar *um outro eu mesmo*.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. M. de. **Estresse em familiares de portadores de transtornos mentais desinstitucionalizados**: proposta de assistência de enfermagem. 2002. 79f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa: 2002.

ANGELO, M. et al. Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1337-41, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a33v43s2.pdf>. Acesso em: 20 set. 2012.

ANTUNES, R. E. F. **O paciente do "grupo de egressos" para a família**: uma perspectiva para a enfermagem fundamentada nas representações sociais. 2001. 173p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

ARIES, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A. (LTC), 2006.

BARROSO, S.M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 6, n. 34, p. 270-277, 2007. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/n6/270.html>. Acesso em: 15 ago. 2011.

_____. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1957-1968, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/10.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2011.

BERLINCK, M. T., MAGTAZ, C. A., TEIXEIRA, M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo: v. 11, n. 1, p. 21-27, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n1/a03v11n1.pdf>. Acesso em: 20 set. 2011.

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

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: Como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis, v. 2, n. 1 (3), p. 68-80, 2005. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>. Acesso em: 08 jul. 2011.

BORBA, L. O. **Vivência familiar de tratamento da pessoa com transtorno mental em face da reforma psiquiátrica**. 2010. 182 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p.588-94, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2011.

BRASIL. Resolução nº 196, 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, DF: 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/reso196.doc>>. Acesso em: 23 jul. 2011.

BRASIL. **Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília: 2000. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23119 Acesso em: 22 ago. 2011.

BRASIL. **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.htm Acesso em: 22 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Violência Intrafamiliar. Orientações para a prática em serviço. **Cadernos de Atenção Básica nº 8**, Brasília, DF: 2002a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf Acesso em: 18 abr. 2011.

BRASIL. **Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece as modalidades de atenção nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Brasília, DF: 2002b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf> Acesso em: 17 ago. 2011.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, Brasília: 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm. Acesso em: 17 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Memória da Loucura**. Brasília: Editora MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2.ed. Brasília: Editora MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**. v. 10, Ano VII, n. 10, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentalemdados2011.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2012.

BRÊTAS, A. C. P; GAMBÁ, M. A. **Enfermagem e Saúde do Adulto**. Barueri: Manole, 2006.

BRISCHILIARI, A.; WAIDMAN, M. A. P. O portador de transtorno mental e a vida em família. **Revista Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 147-156, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a20.pdf>. Acesso em: 16 set. 2012.

CALEGARO, M. M.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Pesquisas em neurociência e suas implicações na prática psicoterápica. In: **Psicoterapias: Abordagens Atuais**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e Ciências Humanas**. Aparecida: Idéias e Letras, 2008.

CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. Quem são dos egressos da internação psiquiátrica? **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo: v. 22, n. 6, p.733-40, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n6/a02v22n6.pdf>. Acesso em: 08 set. 2010.

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

CARVALHO, A. de S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1991.

CARVALHO, M. D. de B.; VALLE, E. R. M. do. A pesquisa fenomenológica e a enfermagem. **Acta Scientiarum**, Maringá: v. 24, n. 3, p. 843-847, 2002. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/2545/1684>. Acesso em: 24 set. 2011.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia: n. 6, v.2, p.254-271, 2004.

CHAUÍ, M. **Os pensadores, Maurice Merleau-Ponty, Textos Selecionados**. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

CID 10. Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento - Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

CORDIOLI, A. V. **Avaliação do paciente em psiquiatria**: A entrevista psiquiátrica. Internet. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/entrevis.pdf>, 2005a. Acesso em: 16 ago. 2012.

_____. **Psicofármacos nos transtornos mentais**. Internet. Disponível em: http://www.ufrgs.br/psiq/Caballo%206_8.pdf, 2005b. Acesso em: 02 nov. 2011.

_____. As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações. In: **Psicoterapias: Abordagens Atuais**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAMASCENO, B. P. Avaliação neurológica básica nas síndromes psicorgânicas. In: BOTEGA, N. J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral**: interconsulta e emergência. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DAMASIO, V. F. **O cuidado na desinstitucionalização sob o olhar de ex-internas e seus familiares**. 2006. 160f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

DAMASIO, V. F; MELO, V. C; ESTEVES, K. B. Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife: n. 2, v. 4, p. 425-33. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/329/pdf_404 Acesso em: 14 nov. 2012.

DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia?** 8 ed. São Paulo: Centauro, 2003.

DAVOGLIO, T. R. Entre urtigas e diagnósticos de transtornos mentais: ensaio sobre esquivas e enfrentamentos. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, p.198-209, 2011. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/1522/1563>. Acesso em: 07 jul. 2012.

DIAS, A. B. **Forças da família na convivência com um de seus membros com um transtorno mental**. 2010. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2010.

DIAS, A. B.; SILVA, M. R. S. da. Processos familiares no contexto do transtorno mental: um estudo sobre as forças da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 791-798, 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude>. Acesso em: 23 fev. 2012.

EINKHOFF, M. L. **Satisfação de usuários e familiares relativa a centros de atenção psicossocial de municípios do Rio Grande do Sul**. 2006. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2006.

ELSEN, I.; ALTHOFF, C. R.; MANFRINI, G. C. Saúde da família: Desafios teóricos. **Revista Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba: v. 3, n. 2, p. 89-97, 2001. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/5048/3817>. Acesso em: 19 abr. 2011.

ELSEN, I. Cuidado familiar: Uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2002.

ESTEVAM, M. C. **Vivência com o portador de transtorno mental: perspectivas de familiares usuários da atenção básica**. 2009. f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009.

FEETHAM, S. L. Conceptual and methodological issues in research of families. In: BELL, J. M.; WATSON, W. L.; WRIGHT, L. M. **The cutting edge of family nursing**. Calgary, Alberta, 1990. p.35-49.

FONSECA, A. L. N.; LACERDA, M. R.; MAFTUM, M. A. O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e sua família. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 11, n. 1, p.7-15, 2006. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5973/4273>. Acesso em: 04 abr. 2011.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 9 ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FRANCO, R. F. **A família no contexto da reforma psiquiátrica**: a experiência de familiares nos cuidados e na convivência com parentes portadores de transtornos mentais. 2002. 120f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

FURLAN, M. M.; RIBEIRO, C. R de O. Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 45, n. 2, p. 390-6, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a12.pdf>. Acesso em: 16 out. 2012.

GANZELA, M.; ZAGO, M. M. F. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa de literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 351-355, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a19v21n2.pdf. Acesso em: 21 set. 2011.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>. Acesso: 18 jul. 2011.

GONÇALVES, J. R. L.; LUIS, M. A. V. Atendimento ao familiar cuidador em convívio com o portador de transtorno mental. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 272-277, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a18.pdf>. Acesso em: 20 set. 2011.

GRANDO, L. H.; ROLIM, M. A. Família e transtornos alimentares: as representações dos profissionais de enfermagem, de uma instituição universitária de atenção à saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: v. 13, n. 6, p. 989-995, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a11.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2011.

HUMEREZ, D. C. de; SANTOS, F. Q. Saúde Mental: bases para o cuidado na atenção primária. In: BRETAS, A. C. P; GAMBA, M. A. **Enfermagem e Saúde do Adulto**. Barueri: Manole, 2006.

HUSM. Hospital Universitário de Santa Maria. **Relatório Semestral do Serviço de Estatística**, Santa Maria, 2012.

HUSM. Hospital Universitário de Santa Maria. **Apresentação**. 2008. Internet. Disponível em: <http://www.husm.ufsm.br/index.php?janela=historico.html>. Acesso em: 14 ago. 2011.

JAPIASSU, H. Apresentação. In: RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. 4. ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1990.

JORGE, M. S. B. et al. Saúde mental e suas dimensões: análise documental das publicações de periódicos de 2000 a 2005. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 468-74, 2008. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/6776/4079>. Acesso em: 19 mar. 2011.

MATTHEWS, E. **Compreender Merleau-Ponty**. Petrópolis: Vozes, 2010.

MELLO, R. M.; SCHNEIDER, J. F. A família e a internação psiquiátrica em hospital geral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.32, n.2, p. 226-32, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a03v32n2.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2012.

MELMAN, J. **Família e Doença Mental** – Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 3. ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **A prosa do mundo**. Trad. Paulo Neves. São Paulo: Cosac & Naify, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento** - Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, V. O Método Fenomenológico de Merleau-Ponty como Ferramenta Crítica na Pesquisa em Psicopatologia. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 447-456, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a16v17n3.pdf>. Acesso em: 2 mai. 2011.

MORENO, V.; ALENCASTRE, M. B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 2, n. 37, p. 43-50, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v37n2/06.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2011.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. Estigma e violência no trato com a loucura: narrativas de Centros de Atenção Psicossocial, Bahia e Sergipe. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, spl. 1, p. 101-108, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/752.pdf>. Acesso em: 15 set. 2011.

OLIVEIRA, R. M. P. de. **Pintando novos caminhos: visita domiciliar em saúde mental.** 2001. 235f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

OLIVEIRA, E. B.; MENDONÇA, J. L. S. Dificuldades enfrentadas pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar. **Revista Enfermagem UERJ.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 198-203, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a05.pdf>. Acesso em: 21 set. 2011.

OSINAGA, V. L. M. **Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e de doença mental e a assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares.** 2004. 137 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Sofrimento Psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface.** Botucatu, v. 12, n. 25, p. 295-307, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a06v1225.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2011.

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

PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 982-8, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a10.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2011.

PORTELA, C. M. **O cuidado ao familiar cuidador de portadores de transtornos de humor na rede básica de atenção à saúde.** 2006. 122f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

RANDEMARK, N. S.; BARROS, S. Experiência das famílias sobre o cuidado terapêutico de pessoas com transtorno mental nas instituições psiquiátricas. **Revista Mineira de Enfermagem.** Belo Horizonte, v.11, n.1, p.11-18, 2007. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c6aa723e3bb9.pdf. Acesso em: 14 set. 2011.

REINALDO, A. M. S.; SAEKI, T. Ouvindo outras vozes: Relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v. 38, n. 4, p. 396-405, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n4/05.pdf>. Acesso em: 18 maio 2011.

RICOUER, P. **Teoria da Interpretação.** Rio de Janeiro: Edições 70, 1976.

_____. **Interpretação e ideologias**. 4. ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1990.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 9716, de 07 de agosto de 1992**. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1992. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4442.html> Acesso em: 22 ago. 2011.

ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Enfermagem Pediátrica e abordagem da família: Subsídios para o ensino de graduação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, n. 10, v. 5, p. 709-714, 2002.

ROSA, L. C. dos S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, 2005.

_____. O cotidiano, as tensões e as repercussões do provimento de cuidado doméstico ao portador de transtorno mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 66, p. 28-37, 2004.

SANTIN, S. **O corpo entre a física e a biologia** – entre a lógica e a poesia. 1998. p. 304-319. Disponível em: <http://silvinosantin.wordpress.com>. Acesso em: 07 out. 2011.

_____. **Dilemas no cuidado à família sob o olhar da filosofia**. 2000. p. 67-74. Disponível em: <http://silvinosantin.wordpress.com>. Acesso em: 07 out. 2011.

_____. **Sou Corpo** - Ser corpo, reflexões filosóficas e educação física. 2004. p. 48-61. Disponível em: <http://silvinosantin.wordpress.com>. Acesso em: 07 out. de 2011.

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.

_____. Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n. 20, v. 2, p. 310-8, 2011.

SEVERO, A. K. S. et al. A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 143- 155, 2007. Disponível em: <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/68/86>. Acesso em: 18 set. 2011.

SILVA, M. C. P. da. **A trajetória percorrida com a depressão**: Estudo transcultural das vivências de famílias do Brasil e do Peru. 2003. 263 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, L. W. S.; NOVAIS, N. N. Um olhar sobre o estado da arte e suas contribuições para a compreensão-planejamento de cuidados à família. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, n. 12, v. 1, p. 59-76, 2009.

SILVA, K. V. L. G. da. **Cuidado ao familiar de adulto em sofrimento psíquico: desafio para a assistência de enfermagem**. 2010. 118f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

SOKOLOWSKI, R. **Introdução à fenomenologia**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

SOUZA, A. S. de; GALERA, S. A. F. **O impacto do transtorno afetivo bipolar na família**. 2008. 76f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SOUZA, M. D. et al. A convivência em família com o portador de transtorno psíquico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 11, n. 1, p. 124-132, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a16.htm>. Acesso em: 05 maio 2011.

SOUZA, R. C.; SCATENA, M. C. M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 173-179, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a07.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2011.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. **Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri: Manole, 2008.

SCHÜLHI, P. A. P; WAIDMAN, M. A. P; SALES, C. A. O cotidiano familiar da pessoa com esquizofrenia: cuidando no domicílio. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia. v. 14, n. 1, p. 16-24, 2012. Disponível em: http://portais.ufg.br/projetos/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a02.pdf. Acesso em: 8 set. 2012.

TERRA, M. G et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 672-678, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a16.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2011.

TERRA, M. G. **Significados da sensibilidade para o ser-docente-enfermeiro/a no ensinar e aprender a ser e fazer enfermagem à luz da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty**. 2007. 224 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 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. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a16v22n1.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2011.



VIANA, P. C. de M. **A reforma psiquiátrica e as associações de familiares**: unidade e oposição. 2002. 216 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

WIDMAN, M. A. P.; ELSÉN, I. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia a realidade. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 5, supl., p. 107-112, 2006. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5174>. Acesso em: 12 ago. 2011.

WIDMAN, M. A. P. **O cuidado às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização**. 2004. 277 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Aprovação do Projeto de Pesquisa emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Significados atribuídos pela família à alta hospitalar da pessoa em sofrimento psíquico: um estudo fenomenológico

Número do processo: 23081.016936/2011-66

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0343.0.243.000-11

Pesquisador Responsável: Marlene Gomes Terra

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/ 2013- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 13/12/2011

Santa Maria, 15 de Dezembro de 2011.



Félix A. Antunes Soares
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

Título do estudo: SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELA FAMÍLIA À ALTA HOSPITALAR DA PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO

Pesquisadora responsável: Enf^a Prof^a Dr^a Marlene Gomes Terra

Pesquisadora autora: Enf^a Md^a Fernanda Franceschi de Freitas

Local da Aplicação do estudo: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)/Unidade de Internação Psiquiátrica Paulo Guedes.

Telefone para contato: *(55) 8111-66-57 E-mail: martesm@hotmail.com.br

** (55) 9107-7338 E-mail: fe_franceschi@yahoo.com.br

Prezado(a) Senhor(a):

O (A) Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Porém, antes de concordar em participar, é importante que compreenda as informações contidas neste documento, pois as pesquisadoras deverão responder todas as suas dúvidas. O (A) Sr. (a) tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma consequência.

Objetivo da pesquisa: Compreender os significados atribuídos pela família à alta hospitalar da pessoa em sofrimento psíquico.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa acontecerá por meio de uma entrevista (conversa) que será gravada, na qual a pesquisadora fará algumas perguntas. Caso não deseje gravar sua fala, sua vontade será respeitada e isto não inviabilizará o desenvolvimento da entrevista, pois a pesquisadora tomará nota do seu relato.

A entrevista será realizada em uma sala previamente reservada na Unidade de Internação Paulo Guedes do Hospital Universitário de Santa Maria. O que o(a) sr.(a) falar será digitado (transcrito), e as gravações serão guardadas por 5 anos, por determinação ética da pesquisa, e, após este período, serão destruídas. Somente as pesquisadoras envolvidas nesta pesquisa terão acesso às gravações.

Benefícios: As informações fornecidas pelo(a) sr.(a) contribuirão para aumentar o conhecimento em saúde e enfermagem, bem como, para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

Riscos: O(A) sr.(a), a princípio, não sofrerá risco. Mas poderá sentir cansaço, desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter que relembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento. Caso isso venha a acontecer, poderei concluir a entrevista e encaminhá-lo para conversar com um profissional do serviço previamente acordado.

Sigilo: Ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados na forma de Dissertação, bem como, de artigos em Revistas Científicas de Enfermagem. As informações fornecidas pelo(a) sr.(a) terão sua privacidade garantida pelas pesquisadoras responsáveis. Você não será identificado em nenhum momento. A sua identificação será através da letra F (F1, F2, F3, F4...), inicial da palavra Familiar. As informações escritas serão mantidas sob a responsabilidade da Enf^a Prof^a Dr^a Marlene Gomes Terra (orientadora desta pesquisa), em seu armário pessoal, chaveado, na sala nº 1445, localizada no quarto andar do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, por 5 anos, e após este período, serão destruídas.

Estou ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto. Eu _____, concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa para a participação neste estudo.

Santa Maria, ____ de _____ de 2012.

Assinatura da pesquisadora

Se o(a) sr.(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - Telefone: (55) 3220-9362

Email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE C – Entrevista Fenomenológica

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Idade:

Sexo:

Entrevista n°:

Data:

Início:

Término:

2 QUESTÃO ORIENTADORA DA ENTREVISTA:

Conte-me, o que a alta de seu familiar da unidade de internação psiquiátrica, significa para você.