

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

**A ENFERMAGEM E A PESSOA PORTADORA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS:
BUSCANDO COMPREENDER SEU SENDO**

MARÍLIA DE FÁTIMA VIEIRA DE OLIVEIRA

ORIENTADORA: Dra. ALACOQUE LORENZINI ERDMANN

FLORIANÓPOLIS, 23 DE FEVEREIRO DE 1999

MARÍLIA DE FÁTIMA VIEIRA DE OLIVEIRA

**A ENFERMAGEM E A PESSOA PORTADORA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS: BUSCANDO
COMPREENDER SEU SENDO**

**Dissertação apresentada como
requisito parcial para obtenção de grau de
Mestre em Assistência de Enfermagem.
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal de Santa Catarina.**

**Orientadora: Dra. Alacoque
Lorenzini Erdmann**

**Florianópolis
1999**

**“Um encontro de dois,
face a face. E quando estiverdes
perto, arrancarte-ei os olhos e
colocá-los-ei no lugar dos meus;
E arrancarei meus olhos
para colocá-los no lugar dos teus;
Então ver-te-ei com teus
olhos. E tu ver-me-ás com os meus”.**

Moreno

**À Deus,
Aos Meus Pais,
Ao Meu Marido. Seres
com essência que me
complementam e merecem
todo meu amor.**

AGRADECIMENTOS

À Deus, meu criador pela sua infinita bondade e por estar sempre ao meu lado iluminando meus passos.

Aos meus pais, Milton e Rosenda de Oliveira, pelo sacrifício que fizeram em prol de minha educação, pela amizade, pelo amor, pelas orações e por acreditarem na minha vitória. À vocês, que mesmo de longe me acompanharam e me disseram palavras de coragem e amor. Todo meu respeito e orgulho por serem meus pais.

Ao meu amado marido José Beltrão Jr., meu companheiro de todas as horas, minha gratidão pelo seu amor constante, sua compreensão durante minhas ausências e por ter decidido me acompanhar nesta caminhada.

Às minhas irmãs e irmãos pelo amor, pela união mesmo que distante e pelo constante incentivo. E às minhas cunhadas, cunhados e sobrinhos por fazerem parte de minha família torcendo pelo meu sucesso.

À minha orientadora, Profa. Alacoque, por me incentivar e ajudar-me na concretização de mais um objetivo em minha vida.

À Professora e Livre Docente Elisa Feitosa por acreditar na minha capacidade e direcionar-me para esta caminhada.

Às queridas Dras. Ivis Emília, Lúcia Gonçalves, Glória Santana e à Doutoranda Mírian Borestein, pela disponibilidade, competência e importante contribuição neste estudo.

À querida amiga Renata Vasconcelos (Rê), um carinho especial por você que partiu comigo em busca deste sonho compartilhando todas as fases deste processo de crescimento, foi difícil, mas conseguimos.

Aos amigos de fé Ana Farias e Carlos César, Myrna Duarte e Henrique Lopes que de mãos dadas caminharam comigo na construção deste estudo. Obrigada pela amizade sincera, pelo incentivo, pelo colo e pela adoção para junto de suas famílias.

Aos meus colegas de mestrado, pela convivência construtiva que tivemos. E às queridas: Carol, Fátima Zampieri, Fátima Buchelle, Elfy, Mila e Luizita pessoas encantadoras que me surpreenderam com a amizade, preocupação, incentivos e carinhos dispensados.

Ao Professor, amigo e colega de turma Carlos Souza, pelos conhecimentos compartilhados desde o momento da graduação e pela convivência familiar que nos trouxe momentos de muita alegria e crescimento.

Aos professores da Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC, que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional compartilhando seus conhecimentos e experiências.

Aos funcionários da pós-graduação de enfermagem que sempre mostraram-se solícitos aos meus pedidos, obrigada pela força e atenção.

À todas as pessoas portadoras de distúrbios psíquicos que conviveram comigo mostrando-me o verdadeiro sentido de ser que cada um de nós apresenta. Seus testemunhos estarão sempre presentes na minha vida.

Ao Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ) e aos seus funcionários que se mostraram sempre receptivos e disponíveis durante o desenvolvimento deste estudo.

Ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), especialmente ao João, Dorotéia e Elizete que me receberam de forma receptiva deixando-me à vontade para coletar meus dados.

À todas as pessoas que de algum modo contribuíram para a realização deste estudo.

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

**A ENFERMAGEM E A PESSOA PORTADORA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS
BUSCANDO COMPREENDER SEU SENDO**

MARÍLIA DE FÁTIMA VIEIRA DE OLIVEIRA

RESUMO: Trata-se de um estudo realizado no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (I.P.Q) e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Referência Regional de Florianópolis, no período de outubro a dezembro de 1998. Teve como objetivo compreender a pessoa portadora de distúrbios psíquicos no seu sendo. Participaram dessa pesquisa vinte clientes, sendo que onze estavam hospitalizados no I.P.Q e nove faziam acompanhamento ambulatorial no CAPS. A coleta de dados ocorreu a partir de uma abordagem fenomenológica, utilizando-se da aplicação de uma única entrevista com cada cliente. Para interpretação compreensiva dos aspectos essenciais apreendidos, desenvolvi um estudo qualitativo respaldado na hermenêutica filosófica de Martin Heidegger. Os resultados obtidos, possibilitaram a compreensão de que a pessoa portadora de distúrbios psíquicos é em primeiro lugar um ser humano dotado de uma capacidade compreensiva de si mesmo, que de-monstra, dentro de sua cotidianidade, o seu sendo através de seu comportamento, através do que ele é e como ele é na realidade. Permanecendo num constante estado de alerta, à procura de vida, compreensão, valorização, atenção e reconhecimento de sua capacidade enquanto ser-no-mundo. Por outro lado, fez-me entender que compreender a pessoa portadora de distúrbios psíquicos no seu sentido de ser, possibilita à Enfermagem realizar um cuidado humanizado baseado no ser e querer de cada cliente.

NURSING AND PEOPLE WITH PSYCHIC DISTURBS TRYING TO UNDERSTAND THEIR BEING

ABSTRACT: It's a study realized at the Psychiatric Institute of Santa Catarina (PICS) and at the Psychosocial Attention Center, a Regional Reference at Florianopolis, from October to Dezember 1998. Its goal was to understand the people with psychic disturbs at his own being. This research involved twenty patients, eleven of it hospitalized at the PICS and nine had ambulatorial follow-up. The data collect occurred from an phenomenological perspective, using the application of a single interview with each client. To a comprehensive interpretation of the essencial aspects involved, was developed a qualitative study based in the phylosophic hermeneutics of Martin Heidegger. The results showed the comprehension that the person with psychic disturbs is a human being with a comprehensive ability of himself, that shows, within his day-by-day, his own being through his behaviour, through what one is and how one is on the reality. In a constant state of alert, searching for life, comprehension, valorization, attention and recognition of the possibilities while being-in-the-world. By other hand, it revealed me that to understand the people with psychic disturbs at this sense of being, gives nursing the possibility to have a humanized care based on the being and wishing of each client.

SUMÁRIO

RESUMO _____

ABSTRACT _____ vii

SUMÁRIO _____ viii

1- INICIANDO A TRAJETÓRIA	11
2- RESGATANDO O HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA E DA PESSOA PORTADORA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS	19
2.1- O CAMINHO DA LOUCURA, DA DOENÇA E DO DOENTE MENTAL	19
2.2- O CAMINHO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL RUMO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	24
2.3- REFLETINDO SOBRE A PESSOA PORTADORA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS E SUA CONDIÇÃO DE SER-HUMANO	34
2.3.1- Ser Humano	34
2.3.2- Ser Humano, Ser de Palavra	42
2.3.3- Ser Humano, Ser de Desejo e de Pulsões	47
2.3.4- Ser Humano, Ser Espaço - temporal	52
2.3.5- Ser Humano, Ser Estrangeiro para o Outro	55
2.3.6- Ser Humano, Ser Sensível	58
3- O REFERENCIAL METODOLÓGICO	64
3.1- O MÉTODO FENOMENOLÓGICO	64
3.2- O EXISTENCIALISMO DE HEIDEGGER	70
4- A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	75
4.1- CONTEXTUALIZANDO A REGIÃO DO ESTUDO	75
4.2- AS PESSOAS DO ESTUDO	78
4.3- A COLETA DOS DEPOIMENTOS	79
4.4- A ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS	80
5- INSERINDO O ESTUDO FENOMENOLÓGICO	81
5.2- ANÁLISE E DESCRIÇÃO DOS SIGNIFICADOS	81
6- DESENVOLVENDO UMA REFLEXÃO FENOMENOLÓGICA HERMENÊUTICA	103
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
ANEXOS	130

1- INICIANDO A TRAJETÓRIA

Enquanto acadêmica de enfermagem eu estava sempre atenta às questões problematizantes que permeavam o discurso das disciplinas em sala de aula. Neste cotidiano surgiam questões que geravam polêmicas, dúvidas, interesse e afinidades que nos incentivava à busca de mais conhecimentos sobre o assunto em questão. Esse comportamento se restringia a um determinado grupo interessado em desenvolver um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) que viesse a contribuir com a Enfermagem, a clientela assistida, e com possibilidades de continuidade após o curso. Por isso, cada disciplina era discutida entre o grupo na tentativa de descobertas.

Havia chegado o último semestre e ainda não havia despertado em mim o insight que eu buscava. Porém, foi durante as aulas de Enfermagem Psiquiátrica que surgiu uma das minhas maiores inquietações em torno de um assunto, a cada aula ministrada eu me via mais inserida naquele contexto tão questionador. Cursar essa disciplina foi uma espécie de descoberta, que resultou numa experiência muito gratificante de viver. Saber sobre a história, a doença, as pessoas portadoras da doença, quem realmente eram essas pessoas, o porque delas viverem isoladas, como a

enfermagem poderia atuar/ajudar de maneira consistente nesta área, tudo isso me estimulava a ir além em busca de mais conhecimentos para dar início ao TCC.

Fui então a procura de alguém conhecedor do assunto que estivesse disponível a me orientar. Uma das professoras da disciplina mostrou-se interessada, no entanto, não foi possível caminharmos juntas, pois o destino desviou-me para outro caminho. Encontrei alguém que não só orientou o trabalho, como também participou/atuou ao meu lado mostrando-me as faces do riso e da dor na psiquiatria.

O período de elaboração do T.C.C culminou com uma nova proposta de atendimento direcionado à pessoa portadora de distúrbios psíquicos dentro de um contexto de Hospital Geral, desenvolvido em minha cidade de origem, (Belém - Pa). Este fato deixou-me bastante estimulada por ser uma proposta, até então, inovadora e inédita no Estado.

Partir para a elaboração do estudo desenvolvendo o trabalho de pesquisa no Setor de Internação Breve (S.I.B) do Hospital Geral Gaspar Vianna através de uma observação participante junto a clientela e a equipe de enfermagem, com o objetivo de avaliar a assistência de enfermagem prestada neste setor.

A experiência que tive dentro do S.I.B juntamente com o conteúdo teórico subsidiado por leituras, teve como fruto um processo de aprendizagem dando origem ao meu primeiro trabalho científico intitulado: **Sistematização da Assistência de Enfermagem no SIB – Uma Necessidade Sentida**. Todo esse momento que experienciei despertou-me para um mundo novo, onde iniciaram-se meus primeiros passos na trilha da psiquiatria que desde então me encantam pelas suas riquezas, seus enigmas e

principalmente pelos viajantes que nela percorrem, embora apresente obstáculos e desafios constantes.

Já como aluna do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, tive a oportunidade de relacionar-me com inúmeras pessoas, vivenciar experiências dentro da enfermagem, assim como cursar disciplinas que proporcionaram-me um extenso aprendizado levando-me a conhecer outras maneiras de pensar. Mas confesso que não foi fácil chegar neste ponto devido a alguns fatores que influenciaram-me causando inúmeros conflitos e incertezas que acompanharam-me por um longo período de tempo.

Para mim, que pela primeira vez saí de casa recém-graduada, chegar numa cidade estranha localizada numa região extrema a de minha origem onde os hábitos culturais, clima, crenças e valores são completamente diferentes dos de minha terra, foi extremamente doloroso compreender essa metamorfose que estava ocorrendo comigo. No entanto, existia algo dentro de mim que me movia dando coragem para seguir em frente não permitindo que eu desistisse na metade do caminho, caminho este onde fui encontrando surpresas, desafios, descobertas, a certeza de um amor e a decisão por seguir viagem em busca do engrandecimento pessoal e da realização profissional.

No decorrer dessa busca, estando desenvolvendo o projeto de prática assistencial, tive a oportunidade de conviver com pessoas portadoras de distúrbios psíquicos em uma instituição psiquiátrica de Florianópolis - SC. Esta convivência contribuiu para o entendimento de que ainda há muito o que se fazer junto a estas pessoas apesar de todo o avanço que a psiquiatria já sofreu e das práticas inovadoras de tratamento que aí se encontram. Entendo, que ainda há o que desvendar e contribuir

enquanto Enfermeira, neste ramo de trabalho e estudo, bem como tentar compreender estas pessoas dentro de sua existência na expectativa de prestar uma assistência de qualidade, mais sólida, mais humana e compreensiva.

Após séculos de crenças em feitiçarias, maus espíritos, bruxas e demônios, já é possível presenciar uma forma de atendimento que prioriza a pessoa visando a diminuição da frequência de internação psiquiátrica e do período de internação, proporcionando um maior convívio da pessoa com sua família e sociedade.

Atualmente, se tem falado muito em humanização, prevenção, internamento parcial, socialização da pessoa portadora de distúrbios psíquicos, assistência à família, como parte importante e integrante da doença da pessoa. Tudo isso faz parte de uma evolução gradativa da assistência psiquiátrica, como era chamada tempos atrás (OPAS/OMS, 1991).

Como exemplo podemos citar o Programa de Saúde Mental da Prefeitura de Santos, operacionalizado na Casa de Saúde Anchieta e Núcleos de Atenção Psicossocial que servem como referência da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPS) para a América Latina, nos processos de desinternação e prevenção em Saúde Mental (Aguiar, 1995). Estes modelos de atenção investem em uma assistência diferenciada como forma de evitar uma ruptura familiar e social, causada pela hospitalização.

No entanto, apesar de toda essa evolução, a realidade nos mostra que a atenção à pessoa portadora de distúrbios psíquicos necessita ir além do tratamento desinstitucionalizado, ou seja, deve abarcar a pessoa enquanto ser humano existente em seu mundo, levando em consideração sua subjetividade, o modo como ele é e está se

percebendo neste contexto. Será que com todas as mudanças ocorridas é possível de afirmar que a forma de atendimento está sendo baseada na necessidade/querer destas pessoas?

Por pertencerem a um grupo de pessoas portadoras de distúrbios psíquicos, constituem-se em toda sociedade como um elemento estranho para o mundo das pessoas que se consideram “normais”. A maneira de ser destas pessoa remete à desconfiança/espanto/reprovação devido aos sucessivos transtornos de pensamento e comportamento inerentes ao seu estado de estar. Mesmo dentro de um contexto de mudanças já estabelecidos, entendo que estas pessoas encontram-se descaracterizadas e incompreendidas, onde a valorização de sua subjetividade é quase que inexistente devido ao fato de pertencerem a um mesmo segmento onde todos parecem ser iguais.

Levando em consideração a subjetividade humana, entendo que a pessoa portadora de distúrbios psíquicos encontra-se inserida num espaço e no tempo. Espaço que lhe ocupa um lugar enquanto possibilidade de ser, e um tempo que para ele pode não haver significado, não ser percebido/vivido diante do isolamento que ele se encontra – isolamento que está diretamente ligado com o seu espaço interno e externo. Mas como será que esta pessoa se percebe dentro desta espacialidade que ela se encontra?

Será que estas pessoas por pertencerem a um grupo que apresenta a mesma condição, podem ser consideradas iguais? Podem, estas pessoas, serem vistas como algo estanque envolto apenas pela sua doença? E a individualidade/subjetividade de cada um onde é que fica?

Hoje, estando diante de todos esses questionamentos e sentindo a necessidade de contribuir para uma atuação qualificada da enfermagem junto a

psiquiatria, vejo-me atraída em tentar compreender a pessoa portadora de distúrbios psíquicos e para isso parto para o início de uma investigação na tentativa de encontrar respostas para tais questionamentos.

A possibilidade de proporcionar à enfermagem uma forma de atendimento mais humanizado é uma das expectativas que me remetem a essa compreensão. A partir do momento que se tem um maior conhecimento sobre determinado assunto, torna-se mais fácil atuar de maneira clara e intensa, com uma maior facilidade para estabelecer um relacionamento compreensivo, respeitando a pessoa enquanto ser humano e cidadã com direito a uma qualidade de vida dentro do seu contexto.

Partindo desse princípio fortaleço-me ainda mais na intenção de chegar a uma compreensão da pessoa portadora de distúrbios psíquicos demonstrando a relevância que isto ocupa no contexto profissional de ensino e assistência. Para aprofundar-me nesta problemática de maneira significativa fui em busca de um referencial que me respaldasse nessa descoberta.

Assistindo a uma aula de Fenomenologia na Linha Heideggeriana, aconteceu algo que é fundamental quando pretende-se seguir este método, a empatia. Nesta aula, descobri que este poderia ser o caminho a seguir. O curioso é que antes eu já havia tido contato com a fenomenologia nas aulas do mestrado, tendo inclusive desenvolvido um trabalho nesta linha, mas foi ali naquele dia que despertou o interesse e a possibilidade de ter esse referencial como método de pesquisa para o estudo em questão. A partir daí, reuni com minha orientadora que concordou em caminhar comigo na trilha da fenomenologia.

Minha identificação com este método deu-se por diferentes fatores, primeiramente houve um processo empático, como mencionei anteriormente, em seguida, após momentos de leitura, pude entender que este é um método que vai em busca das coisas “em si”, como elas são, ou seja, em toda a sua existência. Logo, se me preocupo em compreender a pessoa portadora de distúrbios psíquicos, acreditei que a fenomenologia poderia ajudar-me a chegar nessa descoberta. Compreender o seu sentido de ser, mediante sua existência, será extremamente relevante, pois as necessidades contextuais/existenciais do ser humano nem sempre estão ligadas a problemas biológicos, mas sim de cunho existencial. Sendo assim, a partir dessa compreensão, creio que a ação do cuidado de enfermagem à esta clientela poderá ser redirecionada.

Esta nova direção vai em busca de um cuidado essencial, reflexivo, baseado na ajuda compreensiva, percebendo a singularidade e valorizando a essência de cada pessoa, o que irá contribuir para o auto-cuidado e sua aceitação enquanto ser humano. O caminho no fazer da enfermagem aponta não apenas para uma base científica, mas também para a compreensão do ser humano, pois ao mesmo tempo que o cliente busca cuidados de saúde, também deseja atenção e somente considerando o seu querer, a humanização na assistência será possível (Simões e Souza, 1997:55).

Retornando ao referencial de escolha para o estudo, entendo que a fenomenologia permite essa forma diferenciada de olhar o outro, pois o portador de distúrbios psíquicos não é apenas um ente doente, ele ex-iste em suas outras possibilidades de ser.

Dentro desta particularidade, dispus-me a enfrentar este momento e lançar-me nele com a possibilidade de engajar-me e alcançar o que busco a partir da minha

pessoa e da minha visão de mundo. Buscarei, questionando, compreender este ser no seu sentido próprio, na sua essência e autenticidade diante da sua existência.

Neste sentido diante do que foi exposto, o foco do estudo é a pessoa portadora de distúrbios psíquicos e o propósito do mesmo é:

- **Compreender o sendo da pessoa portadora de distúrbios psíquicos.**

Interessada em inserir-me ainda mais neste universo de conhecimentos que a ciência, a vida e o cotidiano nos oferece, apresento esta Dissertação de Mestrado que insere-se no campo da psiquiatria. Caminho que considero vasto, polêmico, de inquietudes, contradições, questionamentos, desafios, porém, envolvente.

2- RESGATANDO O HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA E DA PESSOA PORTADORA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS

Neste capítulo vou ao encontro das literaturas em busca de subsídios para dar sustentação a este estudo. Primeiramente percorro pelo caminho da loucura, como esta era vista, a que atribuíam este estado e quais as crenças que permeavam em torno de sua história. Continuando, refiro-me historicamente a partir de quando esse “mal” passa a ser considerado doença e o “louco” passa a ser considerado doente mental referindo-me também à psiquiatria no Brasil rumo à desinstitucionalização. Dando prosseguimento, finalizo esta etapa trazendo para este solo de tradição uma reflexão sobre a pessoa portadora de distúrbios psíquicos e sua condição de ser humano.

2.1- O CAMINHO DA LOUCURA, DA DOENÇA E DO DOENTE MENTAL

A história da loucura é a história de uma prática e de um saber concebidos e arquitetados coletivamente, em conexão com os tempos, as culturas e as sociedades dos homens e do cotidiano minúsculo de suas relações e interpretações significantes. Não há sobre ela, à luz de uma arqueologia do saber, a verdade, mas a sucessão de discursos

complementares e contraditórios, que rompem e reconstróem a cada momento do tempo um olhar diferente sobre a loucura (Miranda, 1994).

Desde os primórdios, a loucura esteve ligada ao mal, ao fantástico, às influências malignas, o que levou a humanidade a associar ao sobrenatural a causa da manifestação das enfermidades mentais, pois naquela época quase todas as pessoas acreditavam em bruxaria, magia e feitiçaria. A autora acima citada refere que durante esse período, a loucura vai se apresentar obstinadamente ligada a todas as expressões e representações culturais da Renascença.

Era uma época em que o homem primitivo curava seus males com várias técnicas, lidando com magia, feitiçaria, e práticas mágico-religiosas, e como o louco era possuído por demônios havia necessidade de expulsá-lo do corpo do mesmo através de recursos que purificassem o corpo e a alma. Nestes recursos estavam incluídos espancamentos, açoites, contenção através de correntes e o aprisionamento em masmorras com a intenção de que este mal não contaminasse o restante da população. Acreditavam que estavam tomados pelos demônios, desta forma expunham-se e exorcizavam-se em público e falavam de suas visões extasiantes (Kolb, 1980).

Alexander e Selesnick appud Ribeiro (1997) relatam que nos poemas de Homero, escritos em aproximadamente 1000 a. C., acreditava-se que as pessoas que sofriam de insanidade mental haviam ofendido aos Deuses, que as castigavam fazendo com que se comportassem de maneira estranha. Porém, por volta de 600 a. C. verificase a substituição dos cultos místicos e da superstição por uma compreensão mais racional e científica da doença mental.

Hipócrates, considerado o pai da medicina, nascido em 460 a. C., foi quem primeiro buscou as causas das doenças fora do misticismo, sendo influenciado pela corrente racionalista dos filósofos gregos e das escolas médicas das nações vizinhas. Este, negava a intervenção de Deuses e demônios no desenvolvimento da doença e afirmava que as perturbações mentais tinham causas naturais e exigiam tratamento como as outras doenças.

Na chamada Alta Idade Média, o humanismo da igreja e a promessa de uma vida melhor no reino dos céus influenciaram modelos de vida e normas de conduta, onde havia lugar para a caridade, a abnegação, a fraternidade, o perdão, a ajuda samaritana. Aliadas à fé como força ideológica, estas virtudes cristãs foram responsáveis por um tratamento humanitário aos doentes mentais.

Um dos primeiros hospitais psiquiátricos que surgiram nesse período em Londres, o Bethlehem Hospital, mostra como o tratamento dispensado aos doentes mentais era extremamente humanitário e voltado para a recuperação destes doentes. Estes, após o tratamento e estando em condições de voltar ao convívio familiar, recebiam braçadeiras para usar, de forma a serem identificados e poderem retornar ao hospital em caso de necessidade¹.

A partir dos séculos XIII e XIV, a Europa aumentou de forma assustadora a crença no demônio e nos poderes sobrenaturais. Esta crença, alimentada e estimulada pela Igreja, assumiu seu pior momento no final da Idade Média e início

¹ Compreendo que esta “preocupação” dos hospitais de Londres, em identificar as pessoas portadoras de distúrbios psíquicos, nada mais era do que uma rotulação à pessoa. Pois, a partir do momento que se estabelece a marca / símbolo à alguém automaticamente já estamos expondo a mesma a julgamentos / rótulos e pré-conceitos.

da Idade Moderna, ocasião em que a decadência social, política e econômica favoreceu a difusão e aceitação de idéias que associavam bruxaria e possessão demoníaca com as variadas formas de manifestação da loucura.

A caça às bruxas foi conseqüência deste pensamento medieval, quando mulheres portadoras de psicoses serviam como “prova” da manifestação demoníaca onde se consideravam quaisquer comportamentos bizarros como indícios da mulher ser praticante de feitiçaria.

Os séculos XV e XVI trouxeram mudanças significativas para o pensamento europeu. Transformações políticas e sociais contribuíram para a dissolução do modelo medieval de vida e conduta, e as crenças dogmáticas foram sendo substituídas gradativamente por uma atividade intelectual racional e científica.

O século XVII, criou casas de internamento, e essa proposta foi a estrutura mais visível na experiência clássica da loucura (Miranda, 1994).

Ainda neste século, a internação assume uma amplitude que não se compara à das prisões na Idade Média. Corresponde à invenção de um modo particular de perceber, em conjunto com a pobreza, a incapacidade para o trabalho e a impossibilidade de inserção no meio social. O novo modo de lidar com essas categorias tornou possível perceber a face, até então obscurecida, da loucura.

Os muros da instituição encerram o lado negativo, exposto, do mundo burguês, a serviço da ordem religiosa, familiar, econômica, num sistema de exclusões superpostas que fortalecem os limites da liberdade (Ornellas, 1997).²

² Trata-se de esconder o portador de distúrbios psíquicos, aquele que “envergonharia” a sociedade. Aí inicia-se um isolamento indiscriminado de pessoas.

O século XVIII, foi palco de um movimento intelectual fundamentado na razão que, dando continuidade e aperfeiçoando o pensamento científico europeu do século anterior, promoveu transformações significativas em todos os setores da cultura e da sociedade, substituindo a crença pela razão.

Os textos médicos deste século, procuravam definir as técnicas mais apropriadas para a cura dos insanos. Eram tratamentos físicos e psicológicos ao mesmo tempo: submetia-se o doente à ducha ou banho para refrescar seus espíritos ou suas fibras: era-lhe injetado sangue fresco para renovar sua circulação perturbada, procurando provocar nele impressões vivas para modificar o curso de sua imaginação (Miranda, 1994).

Neste mesmo século, pensamentos e práticas, teoria e terapêutica se comunicam numa perceptível reciprocidade. Sob o empirismo dos meios de cura das terapêuticas estão as grandes estruturas que explicam a doença: impureza e solidez, afastamento do mundo, da verdade e da ordem; e os discursos que ordenam as técnicas de cura contêm essas estruturas. E a loucura por “comportar poderes inquietantes”, parece atrair esses medicamentos de importância simbólica.

Ainda no século XVIII seguindo para o século XIX, o asilo substitui o internamento indiscriminado. E, de um século para o outro, acontecem, primeiro o internamento, do qual procedem os asilos, em seguida as transformações, que permitiram a existência de Pinel e do movimento da reforma, e, finalmente, “a ciência médica da loucura” (Foucault, 1987).

Em fins do século XVIII, o problema da loucura passa a ser encarado do ponto de vista do direito do indivíduo. Encerram-se apenas os loucos que podem

prejudicar os outros. E, nesse mesmo período, o relatório médico torna-se indispensável. No asilo, a conduta dos loucos e os efeitos dos remédios são observados e registrados: a loucura torna-se o objeto da linguagem do conhecimento (Ornellas, 1997).

Somente no século XIX, a partir de uma tendência a dar um tratamento mais humanitário, os loucos passam a serem tratados como doentes mentais, e começam a aparecer as denúncias de maus tratos contra estas pessoas. Phillippe Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Wagnitz e Riel na Alemanha contribuem para a história da medicina e da psiquiatria com os símbolos de um duplo advento: do humanismo e o de uma ciência finalmente positiva (Miranda, 1994).

2.2- O CAMINHO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL RUMO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A história da nossa Psiquiatria é a história de um processo de asilamento, é a história de um processo de medicalização social.

A loucura só vem a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da Família Real, no início do século passado. As mudanças sociais e econômicas, no período que se segue, exigem mudanças eficientes de controle social, sem as quais torna-se impossível ordenar o crescimento das cidades e das populações. Convocada a participar dessa empresa de reordenamento do espaço urbano, a medicina termina por desenhar o projeto do qual emerge a Psiquiatria brasileira (Amarante 1994).

Proclamada a República, a Psiquiatria busca modernizar-se. Em primeiro lugar porque o asilo, nos moldes arcaicos de Pedro II, assemelha-se demais às instituições despóticas, filhas autênticas do absolutismo político, o que a fez destoar do ideário liberal veiculado nos meios republicanos. Em segundo lugar, porque, sob a égide de uma nova ordem social que então se constitui, a Psiquiatria deve partir para atuar no espaço social, no espaço onde vivem as pessoas, onde se estruturam as doenças mentais, e não se limitar apenas ao espaço cercado pelos muros do asilo (Idem: 76).

Em 1830, uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico da situação dos loucos na cidade. É a partir desse momento que os loucos passam a ser considerados doentes mentais, merecedores, portanto, de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento. Antes, eram encontrados em todas as partes: ora nas ruas, entregues à sorte, ora nas prisões e casas de correção, ora em asilos de mendigos, ora ainda nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Em enfermarias de hospitais era muito raro encontrar um louco submetido a tratamento.³

Em 1852 é inaugurado, no Rio de Janeiro, o Hospício D. Pedro II, que constitui o marco da institucionalização do louco no Brasil. Outros hospícios foram inaugurados posteriormente, quase sempre em lugares de difícil acesso, prática em que a reclusão dos loucos era justificada, ou camuflada, com o argumento de que os mesmos precisavam de calma.

Tendo como objetivo eliminar a loucura, caracterizando-se por uma ação que não se dá como negativa, mas como recuperadora, a psiquiatria precisa ser

³ Até este período você pode perceber que o chamado louco era visto como um transgressor/indeliqüente, jamais como alguém portador de algum distúrbio.

instrumentalizada, precisa conter dispositivos que possibilitem a eficácia de sua intervenção. Daí a importância de um espaço terapêutico, um lugar para o doente mental, que deve canalizar sua ação e eficácia (Ornellas, 1997).

Hospício e Psiquiatria se integram. O hospício de alienados, espaço de medicalização da loucura, realiza o princípio do isolamento formulado por Esquirol em 1816. Isolamento que se justifica, tanto pelas causas da doença, inscritas na família e na sociedade, como pelo tratamento. A presença de familiares e amigos relacionados às causas da loucura “irrita o mal e entretém o delírio”, e o isolamento significa proteger a família do paciente (Idem:111).⁴

Efetivamente com a chegada dos republicanos ao poder, em janeiro de 1890 o Hospício de Pedro II é desvinculado da Santa Casa, ficando subordinado à administração pública, e passando a denominar-se Hospício Nacional de Alienados. No âmbito da assistência são criadas as duas primeiras colônias de alienados, que são também a primeira da América Latina. Denominadas Colônias de São Bento e de Conde de Mesquita que destinam-se ao tratamento de alienados indigentes do sexo masculino. Logo após serão criadas as Colônias de Juqueri, em São Paulo, e a de Vargem Grande no interior do Estado do Rio (Amarante, 1994).

Estas medidas caracterizam a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que tem como intenção a implantação do modelo de colônias na assistência ao doente mental. Modelo este que inspira-se em experiências européias e tem como idéia fundamental

⁴ Percebe-se que este pensamento é similar ao dos primeiros hospitais de Londres. O sentido é o mesmo: isolamento do convívio familiar e social

fazer com que a comunidade e os loucos convivam fraternalmente, em casa ou no trabalho.

João Carlos Teixeira Brandão foi o primeiro diretor do Hospício Nacional de Alienados e, caracteriza sua gestão com a ampliação dos asilos. Cria ainda a primeira cadeira de Psiquiatria para estudantes de medicina, assim como a primeira Escola de Enfermagem, sistematizando assim a formação do profissional para a especialidade (Idem: 76).

Nos anos 30, a Psiquiatria parece ter finalmente encontrado a tão procurada cura para as doenças mentais, torna-se mais poderosa e o asilamento mais freqüente e em conseqüência o sofrimento humano aumenta, chegando ao ponto de na década de 40 o Hospício Nacional de Alienados ser transferido de local para contar com novas instalações, principalmente as de centros cirúrgicos, para que ocorressem as lobotomias.

Na década de 50 aumenta o processo de psiquiatrização com o aparecimento dos neurólépticos. Este furor farmacológico dos psiquiatras dá origem a uma postura no uso dos medicamentos que, nem sempre, é “tecnicamente orientada”, muita das vezes utilizados apenas em decorrência da pressão da propaganda industrial, muita das vezes por ignorância quanto aos seus efeitos ou às suas limitações, quando não como mecanismo de repressão e violência, ou ainda como no caso dos manicômios, como maneira de tronar a internação mais tolerável e os enfermos mais dóceis (Amarante, 1994).

Na década de 60, o Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental

torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre, assim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. A previdência social chegou a deslocar 97% dos recursos destinados a assistência psiquiátrica à rede hospitalar, ou seja, a atenção primária e secundária, em Psiquiatria, ficaram completamente esquecidas (Idem:79).

Em meados de 70 surgem tentativas, por parte do Governo, de reverter esta situação, através do incentivo à Psiquiatria Preventiva e o Plano Integral de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Uma das grandes barreiras para oferecer atenção primária ao doente mental, foi o interesse dos empresários em manter seus lucros com a internações (Amarante, 1994). Experiências isoladas ocorriam em algumas cidades, na tentativa de acabar com o modelo asilar, tendo como inspiração a Comunidade Terapêutica, a Psiquiatria Institucional e a Psiquiatria Preventiva.

Em muitas Cidades e Estados e Países acontece um processo rico em experiências inovadoras em psiquiatria, de criação de associações de psiquiatrizados e de famílias, e de aprovação de projetos de lei de reforma psiquiátrica.

Após a Segunda Guerra Mundial, o movimento de desinstitucionalização do doente mental teve início. Alguns Países europeus, como Inglaterra, França, Itália e Países Escandinavos, fizeram primeiro suas reformas psiquiátricas; este movimento fortaleceu-se pouco a pouco, irradiando-se por vários Países, inclusive os EUA (Bandeira, 1991 appud Waidman, 1998).

Na Itália a reforma psiquiátrica inspirou-se na teoria sócio-política desencadeada por Franco Basaglia, encampada por fortes grupos de pressão e reforçada pela lei n.º. 180 aprovada em 1978, que obrigou a desinstitucionalização (Idem: 27).

No Brasil, em 1987, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental assume-se enquanto um movimento social, e não apenas de técnicos e administradores, e lança o lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios”. O lema estratégico remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização. Esta, implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas (Amarante, 1994).

Em julho deste mesmo ano ocorre, no Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, e em Bauru, São Paulo, realizou-se o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental.

O movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica se amplia no país. Conforme Amarante (1994), este movimento não é exclusivamente reformulação de serviço, não significa a descoberta de novas técnicas, mas o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam a transformar a relação da sociedade com o doente. Aqui, preconiza-se a reversão do modelo hospitalocêntrico por uma integração de variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, havendo uma preocupação com as condições de existência do indivíduo, com vistas à isenção ou diminuição das taxas de internação e reinternação.

Em novembro de 91, peritos da O.M.S em momentos de discussão sobre a assistência psiquiátrica na América Latina, concluiriam que: a atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva (Delgado, 1992).

Surge um novo olhar voltado para a assistência psiquiátrica no Brasil, sendo experimentado um dos mais singulares processos de mudanças neste campo, onde certos membros da sociedade, bem como uma parcela de profissionais da saúde, dentre eles os da enfermagem, não encontram-se mais passivos com aquele modelo psiquiátrico segregador e de exclusão.

Há um aumento da oferta de serviços na área de saúde mental, o que para Bezerra Júnior (1990), significa reconhecer a importância do sofrimento psicológico como obstáculo para o bem estar da população e o direito que ela tem de poder contar com o que há de melhor no campo das terapêuticas para enfrentá-lo. Mais ainda: possibilita que muitas situações conflituosas ou mal-estares psíquicos que de outro modo seriam vividos com fatalidade ou remetidos a causas e soluções equivocadas, sejam enfim reconhecidos por profissionais habilitados e tratados de modo mais adequado.

Neste contexto de mudanças, onde inicia-se a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos convencionais por instituições semi-abertas com a proposta de atendimento diferenciado, surgem os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), como início de uma rede de espaços intermediários entre a hospitalização e o pleno exercício da cidadania.

O Ministério da Saúde, através das Portarias 189/81 e 224/92, informa que os CAPS e NAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que oferecem atendimento ao cidadão portador de doença mental, no período compreendido entre o regime ambulatorial e internação hospitalar, em um dos dois turnos de quatro horas, sendo esse cuidado oferecido por uma equipe multiprofissional. Podem servir como porta de entrada para as ações relativas à saúde mental (Brasil, 1992).

Os CAPS e NAPS, têm como objetivos dar assistência durante o aparecimento ou reaparecimento de um transtorno mental; reduzir o número de internações; promover a readaptação e a reinserção do indivíduo; melhorar a qualidade de vida e o estado de saúde da população e reduzir os sintomas apresentados pelos clientes. Procuram ser e funcionar como uma unidade que desenvolve um trabalho qualitativamente distinto das práticas e modelos de atendimento em saúde mental na rede pública, onde o usuário deve ser o centro da atenção.

Foram concebidos como estruturas abertas ao atendimento de emergências, como espaço de convivência, como um local de referência para o usuário no momento de crise e como uma instituição inovadora dos recursos comunitários, da integração paciente, família e comunidade.

Depois de tantos anos de escuridão, parece-me que surgem holofotes clareando caminhos menos tortuosos e mais humanizantes, baseados numa assistência integral ao doente e sua família. No entanto, esta é uma caminhada desafiante de prosseguir, ela exige a necessidade de um comprometimento dos profissionais, governantes, usuários e população em geral – camada esta que acredito ocupar um lugar significativo e decisivo na assistência psiquiátrica em nosso país.

Nos CAPS, NAPS e Ambulatórios de Saúde Mental está previsto o atendimento familiar e comunitário, visando o trabalho com a reinserção social da pessoa portadora de distúrbios psíquicos. A assistência à pessoa atendida nos CAPS e NAPS, compreendem as seguintes possibilidades segundo Brasil (1992).

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação);
- atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficinas terapêuticas, atividades socioterápicas);
- atendimento à família (com o objetivo de esclarecer sobre a doença, sobre o modo de lidar com o portador de distúrbios psíquicos, bem como oferecer apoio);
- atividades comunitárias enfocando a integração da pessoa portadora de distúrbios psíquicos com a comunidade promovendo a sua reinserção social;
- hospital dia (onde a clientela permanece durante o dia ou parte dele desenvolvendo as atividades oferecidas, recebendo acompanhamento, retornando à sua casa diariamente);
- pensão protegida (tipos de moradias comunitárias sob supervisão destinados à pessoas que não tem condições de morar sozinha ou com seus familiares, servem para morar ou passar o final de semana).

A equipe psiquiátrica deve ser composta por Médico Psiquiatra, Clínico Geral, Enfermeiro, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social, Farmacêutico e Nutricionista (Brasil, 1992). No entanto, essa realidade ainda não é possível de se ver,

pois a integração dessa equipe para a qualidade da assistência ainda caminha em direção do que é proposto. Porém, nem tudo é negativo, pois vários são os pontos positivos que têm surgido acerca dos que estão envolvidos na reinserção da pessoa portadora de distúrbios psíquicos na sociedade.

2.3- REFLETINDO SOBRE A PESSOA PORTADORA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS E SUA CONDIÇÃO DE SER-HUMANO

Este item faz parte de um momento de reflexão sobre a condição de ser humano que a pessoa portadora de distúrbios psíquicos ocupa dentro de sua existência. Hoje, ultrapassando as barreiras do “louco”, insano, demente e ainda sendo visto como um doente mental, esta pessoa inicia timidamente um novo olhar sobre si mesma na tentativa de valorizar-se enquanto ser humano, que ora é vista como ser de palavra, ora como ser de desejos e pulsões, ora como ser espaço-temporal, ser estrangeiro para o outro e ora como ser sensível, mas que na realidade é pessoa, é ser, ou seja, está numa conotação não fragmentada. E é nesse aspecto, nesse entendimento integral da pessoa que transcorro meu discurso indo em busca de encontrar e demonstrar sua existência/essência.

Para este momento, inspirei-me nos pensamentos de Martin Heidegger, bem como utilizei-me de referências de alguns autores como: Buber, Chanlat,, Erdmann, Santín e Travelbee.

2.3.1- Ser Humano

"O ser humano é um indivíduo único e indivisível, um ser unitemporal neste mundo, distinto de qualquer outra pessoa que tenha vivido e que possa viver ainda" (Marriner appud Travelbee, 1989:172).

Quando se pensa ou se fala sobre ser humano, jamais podemos imaginá-lo como um objeto inerte. A priori devemos ter em mente que este ser é um ser único,

possuidor de uma subjetividade e que devemos procurar vê-lo dentro de sua autenticidade.

É uma pessoa que é dotada de uma vida interior singular, onde na sua singularidade seus diferentes elementos estão interligados constituindo assim seu modo particular de ser, onde está inserida toda uma cultura peculiar a ele, cultura esta, composta de crenças, mitos, imagens e significados próprios que irão participar da construção de seu mundo, o qual estará diretamente ligado com sua integração com o outro.

Este ser humano do qual falamos, apesar das limitações que possui, é alguém ativo e reflexivo, tem a “liberdade” de emitir suas idéias, sentimentos, conflitos, crises e contradições, solicitando e fornecendo apoio sempre que necessário, tendo em vista a autonomia relativa que possui dentro do sistema social que vive. Dentro desta sua autonomia, ele expressa seus pensamentos, desejos, aspirações e busca suprir suas necessidades indo ao encontro daquilo que lhe traga satisfação e o reconhecimento de sua existência.

Neste ser estão também inseridos desejos, introspeção, angústias, temores, projeção, transferência, etc., onde através destas manifestações ele vê sua existência reconhecida por ele mesmo e pelas pessoas com as quais interage em diversos níveis de aproximação e condições como de: trabalho, estudo, lazer, interesse, afetividade, etc.

É também uma pessoa que precisa ser compreendida e aceita dentro dos seus limites, e que sempre está em busca de ser feliz.

Dentro de sua concepção racional e singular ele é muito mais complexo do que podemos imaginar, existindo em um mundo próprio - mundo circundante - que o torna único enquanto SER. É alguém que diante dos fatos, atitudes, relações, tem um comportamento segundo o que foi herdado de sua constituição familiar a qual contribui diretamente em suas atitudes enquanto pessoa..

Esta pessoa se constitui de um ser que está inserido dentro de todo esse contexto já mencionado anteriormente, mas também é alguém que a partir de um determinado ponto de sua vida passa a ser acompanhado por uma particularidade que também é atribuída à outras pessoas que passam a compor um grupo de indivíduos "diferenciados", aos olhos da sociedade, e que irão enfrentar ainda mais as barreiras de concepção que cada ser humano tem do outro.

A partir de então, sua singularidade passa a ser vista não como uma singularidade que acompanha a pessoa desde sua concepção - a singularidade/unicidade/indivisibilidade - mas, uma singularidade que o assemelha a um grupo específico de pessoas. Ele passa a ser "diferente" e "igual" no contexto.⁵

Quando esta pessoa vai em busca de assistência, e nós profissionais da saúde, mais precisamente da enfermagem, estamos dispostos a ajudá-lo, podemos e devemos conferir e respeitar as características individuais de cada um. Apresentar mesmo que haja o mesmo diagnóstico, cada pessoa reage de maneira diferenciada diante de uma mesma situação.

⁵ Digo "diferente" por ele ser visto como alguém diferenciado da sociedade, e "igual" por pertencer a um contexto de pessoas que vivem numa mesma condição de identidade.

Recordo-me que estando em uma reunião com um grupo de egressos⁶, com os quais eu pretendia desenvolver o processo de enfermagem, pedi que colocassem sua opinião a respeito do trabalho que eu iria desenvolver. A grande maioria concordou, sendo que um dos integrantes antes de dar sua resposta questionou-me a respeito do que uma Enfermeira poderia fazer dentro daquele local, e em que sentido ela poderia ajudá-lo. Somente depois de minha resposta ele deu sua opinião aceitando participar do processo.

A partir daí ficou claro a subjetividade, criticidade, e curiosidade específica de um ser humano, ele foi o único que questionou-me antes de se posicionar, talvez outros poderiam ter a mesma vontade, mas somente ele dentro de sua singularidade lançou-se diante da situação vivida. Por outro lado, podemos dizer que os demais integrantes do grupo mostraram que o ser humano pode ser passivo, apático, limitado ou talvez reprimido em sua personalidade.

Este ser busca mostrar para si e para os outros que ele é único, excessivamente único e que deve ser respeitado dentro de sua representatividade. E ocupa um espaço onde ele pode desenvolver seu mundo próprio de acordo com sua concepção de vida passando a investir ao nível afetivo, material, profissional e outros mais, para que, de certo modo, possa reafirmar sua identidade pessoal.

Podemos tomar como exemplo os portadores de esquizofrenia que embora haja semelhanças patológicas entre eles cada um ocupa, literalmente, um espaço onde ali ele faz o seu mundo particular, “em que” de fato sua presença “vive”, tendo comportamentos que podem ser relacionados com sua existencialidade.

⁶ Pessoas que já fizeram tratamento institucionalizado e agora fazem acompanhamento ambulatorial; ex-internos.

Em qualquer segmento da vida, o ser humano enquanto ser social que é, precisa estabelecer relações diárias de convívio com o outro, onde estão inseridos o ambiente de trabalho, ambiente familiar, ambientes casuais, etc. o que faz com que de uma maneira ou de outra ele se integre *sendo*.

Durante esta sua integração, sua posição enquanto ser social passa a ser ainda mais visada, visto que, são diversos os tipos de pessoas com quem ele irá se relacionar. E qualquer dependência que esta pessoa apresente, fica ainda mais forte a questão como ser social que ela representa.

Respeitar a singularidade de uma pessoa rotulada como “louca” é algo praticamente impossível de se admitir, principalmente quando ela é isolada e depois volta a fazer parte do contexto social.

No momento em que ela passa a estabelecer uma relação de vida diária e uma busca por assistência, inicia-se uma dissociabilidade/desdobramento de um ser. Fica complicado para o ser humano visto como “normal” vê-lo como aquele ser indivisível, com suas características e potencialidades próprias.

Mas a verdade é que este ser humano é alguém comum, semelhante a qualquer pessoa da sociedade. No entanto, dentro de suas potencialidades, está em busca de algo que o ajude a encontrar-se consigo mesmo, tentando compreender sua existência ou encontrando soluções que amenizem seu mal, ou até mesmo encontrar maneiras de conviver dignamente no seu contexto.

Este ser que interage socialmente na busca de auxílio, dentro de sua especificidade, é alguém frágil como qualquer um de nós, é alguém questionador, sensível, alegre, pensativo, sonhador, e que acima de tudo acredita na essência que há

dentro dele. O que ele está sempre em busca é de alguém ou de alguma coisa que fortaleça essa essência, para que ela não se anule dentro do seu interior.

Infelizmente a sociedade impõe uma conduta esperada para essa pessoa, não importando que seja representação ou que ela através desta conduta esteja se fragmentando, o importante é que seja conveniente para o sistema. Desta forma nenhuma pessoa, seja ela portadora de distúrbios psíquicos ou não, poderá ser visualizada e aceita de maneira integral, sem fragmentos que a deteriore e a faça parecer um objeto.

Dentro de sua subjetividade, o ser humano busca incessantemente um equilíbrio de vida, e são diversas as maneiras que ele encontra para o alcance deste estado de ser. Nessa busca estabelecemos relações nas quais acreditamos poder realizar uma troca na esperança de evoluir diante das situações que permeiam nosso dia a dia.

O ser humano caminha numa interdependência com o outro na construção de suas relações. Dependemos um do outro em qualquer segmento de nossas vidas, e nas relações de vida diária há uma reciprocidade, em maior ou menor grau, de troca entre as pessoas. E como em toda relação, durante este processo, podemos dizer que haverá a existência de conflitos, tendo em vista a subjetividade que cada ser humano possui, daí a existência de divergências diante de determinadas situações, sendo que o objetivo final de tudo é chegar num ponto que venha trazer benefícios a ambas as partes.

E como ser humano que é, a pessoa portadora de distúrbios psíquicos estabelece essa relação, vive também nessa interdependência e necessita do outro,

assim como o outro necessita dela. Sendo que esse grau de dependência é mais forte do lado desta pessoa que em determinados momentos não consegue compreender a si mesma, a esse relacionamento e ter discernimento dos fatos.

O interessante é que muitas das vezes mesmo que a subestimemos pela sua capacidade, ela tem noção de que está iniciando/estabelecendo uma relação. Apesar de muitas das vezes não saber diferenciá-la ou interpretá-la, ela sabe que a necessita e que isso faz parte da sua construção enquanto ser. Mas como será que esta pessoa se vê nessa relação?

Dentro de seus limites a pessoa portadora de distúrbios psíquicos se reduz a um campo de ação, quero dizer, ela se introduz num mundo que talvez criaram para ela. Não quero generalizar quando faço essa colocação, visto que, podemos encontrar pessoas que acreditam naquilo que são enquanto ser humano acreditando em sua essência, porém muitas das vezes são levadas a crer na concepção de outros.

Devido a essa maneira como a grande maioria se vê, como algo diferenciado, rotulado, incapaz, e “diferente” diante das pessoas com as quais estabelece uma relação, fica difícil para ela acreditar em si mesmo e ver o quanto ela é alguém que apresenta uma formação única que a estabelece enquanto pessoa.

É muito comum de observamos a situação de perda de identidade em que muitas pessoas se encontram, a grande maioria não consegue mais estabelecer uma relação consigo mesmo acreditando em si, em sua *ex sistência*, no seu potencial e, já não parece ter sentido estabelecer uma relação de ajuda com o outro, tanto que o processo de credibilidade é de difícil conquista, pois em sua concepção, qualquer um o vê como doente, “louco”, que deveria estar sempre isolado fazendo uso de sedativos

e “calmantes”. Às vezes faço essa leitura e vejo que eles têm a sensação de estarem sendo usados, mas, como necessitam manter esse vínculo, aceitam resignadamente a todo o processo.

Por outro lado, existe um determinado número de pessoas que mesmo sendo discriminadas, apresentam uma compreensão existenciária⁷ acreditando em sua capacidade enquanto ser, procurando buscar entendimento sobre seu processo, tendo consciência que em determinados momentos ela pode vinvenciar situações de crise, mas que poderá ultrapassá-la com sua auto-ajuda e o auxílio de outras pessoas.

Num determinado dia, participei de um momento muito interessante onde um rapaz juntamente com uma moça estavam trocando carícias. Eu olhei para eles e sorrimos uns para os outros, perguntei então se eram namorados, ele me respondeu-me: *“não, é minha esposa, eu amo muito ela... temos um filho”*, continuando ressaltou: *“é, como a senhora vê, nós temos problemas, mas quando passa a gente fica bem, eu sou muito feliz em ter essa mulher”*.

Como se pode ver, essa pessoa me pareceu alguém “especial”, não por ser portadora de distúrbios psíquicos, mas por ser alguém que acredita nela própria, tenta compreender-se enquanto ser podendo estabelecer uma relação conjugal, algo que na concepção de alguns não lhe é permitido.

Enfim, estabelecer relações, respeitar o ser humano dentro de sua unicidade, olhar o outro com dignidade acreditando na sua capacidade, parece algo complexo mas que deve ser encarado, pois sabemos que acreditar em si próprio,

⁷ É o ser-aí, se compreendendo e se mostrando como ser de possibilidades.

mesmo tendo momentos de adversidade, também é complicado, principalmente quando sentimos que somos vistos de maneira diferenciada.

Mas, não podemos afirmar de que seja impossível alcançar momentos de equilíbrio e generalizar a má interpretação à todas as pessoas, não esqueçamos de que cada indivíduo é único, portanto pensa e age de acordo com sua concepção de ser-no-mundo.

2.3.2- Ser Humano, Ser de Palavra

O mundo dos seres humanos é um universo composto de palavras, linguagens e gestos que definem/exprimem um determinado caráter diante deste grande contexto.

Na construção da realidade, as ações que empreendem o ser humano são concebidas a uma forma qualquer de linguagem. O universo do discurso, da palavra e da linguagem inerente ao ser humano transforma-se então em um ponto-chave indispensável à sua compreensão (Benveniste, 1966; Hagège, 1985 appud Chanlat, 1992).

A fala é algo que ocupa um caráter intrínseco no ser humano, é nesta dimensão que o indivíduo exprime para os outros e para si mesmo o que ele é, exprime sua afetividade, suas emoções e idéias de acordo com os hábitos característicos de sua cultura.

Falar consistirá em tentar exprimir-se, exprimir sua percepção da realidade, partilhar sua experiência de vida, informar e, talvez, correr o risco de incomodar (Travelbee, 1979).

Nesta forma de linguagem estão inclusas, também, a ação através dos atos da palavra ou do fazer, juntamente com o pensar que é um outro fator que nos mostra como o conhecimento e o pensamento são indissociáveis da linguagem e como participam da construção intelectual e da ação (Chanlat, 1992).

Nos comunicamos através de nossas ações, palavras, gestos posturais e do próprio silêncio, pois a palavra e a linguagem articulada não são os únicos modo de comunicação. Esta comunicação faz parte da constituição de cada ser humano, existimos enquanto estabelecemos relações sociais com os outros.

Cada palavra, sinal/símbolo ou gestos que o ser humano utiliza para expressar-se tem um significado muito pessoal/subjetivo que pode parecer ilógico ou sem sentido para outras pessoas.

Em nossa sociedade, a habilidade para estabelecer relações sociais convencionais é uma capacidade interpessoal essencial à condição de vida do ser humano. A tendência natural é que toda e qualquer pessoa se expresse enquanto pertencente a este contexto, e que essa expressão seja respeitada, validada e interpretada, visto que, essa manifestação/expressão irá ser reflexo de sua essência, seus hábitos, costumes e situação físico-mental-espiritual na qual ela se encontra.

Por muitas vezes a capacidade da pessoa comunicar-se está comprometida, e essa incapacidade a impede de estabelecer relações. Se vivenciamos

qualquer situação que altere nossas funções orgânicas ou mentais, logo teremos um comprometimento diante de nossos relacionamentos com pessoas e consigo mesmo.

A desordem/comprometimento dessa comunicação inerente ao ser pode ser o reflexo de uma perturbação do pensamento. Visto que, os transtornos do pensamento se refletem no comportamento do indivíduo tanto em suas ações como em sua expressão verbal (Travelbee, 1979).

Tudo o que envolve a existência de um ser dá sentido à sua expressão, sua palavra, pensamento, os quais irão adquirir este sentido de acordo com o contexto social.

Envolvida em sua existência, a pessoa portadora de distúrbios psíquicos é pre-sença, expressa-se individualmente enquanto ser específico de um determinado contexto permitindo o alcance de seu pensamento, onde as relações interpessoais exercem um papel determinante na compreensão legítima de sua verdade.

Sua expressão enquanto ser de palavra é uma realidade difícil de ser entendida, tendo em vista as variadas formas que ela utiliza para manifestar-se diante do contexto em que vive. Como menciono anteriormente, ela permite o alcance de sua linguagem, mas, o entendimento da mesma parece-nos uma incógnita.

É desnorteante ouvir durante um longo tempo gritos estrondosos acompanhados por agitação psicomotora, é uma forma de linguagem/expressão que estão nos transmitindo, e quando perguntamos o que se passa, ocorre um silêncio, para em seguida recomeçar tudo novamente. Enquanto esta expressão do pensamento continua, tentamos decifrá-la, mas, a partir do momento que não obtemos sucesso e

passamos a nos incomodar, optamos por "abafar" aquele grito introduzindo uma terapia silenciadora, a terapia medicamentosa.

A palavra que este ser tentou exprimir saiu em forma de gritos, pois, naquele momento não foi possível articular a mesma. Enquanto ser de palavra, a qual é dotada de polissemia vasta, a voz daquela pessoa determinava um sentido ultra subjetivo dentro do contexto que ela se inseria, onde o grito seria o principal mediador entre ela e sua realidade.

Enquanto algumas pessoas usam o grito como forma de comunicação, outras articulam a palavra, usam gestos, se auto-agridem e/ou agriem aos outros ou permanecem estáticos com o olhar fixo em um ponto, em silêncio, ou ainda, usam a escrita como forma de expressão.

Durante uma reunião com um grupo terapêutico, um determinado integrante deste grupo pediu para escrever. Damos a ele lápis e papel, ele iniciou sua escrita fazendo alguns rabiscos e depois começou a escrever algumas frases, quando terminou largou o papel e saiu, curiosamente li o que havia escrito, e o conteúdo era o seguinte: *"aqui é minha casa, aqui é o meu paraíso, me sinto perdido na imensidão deste lugar"*.

Esta pessoa é um ser que expressa-se verbalmente muito pouco e quando isso acontece, suas palavras são desconexas, com presença de alucinações e delírios, no entanto, ao expressar-se através da escrita, ela mostrou profundidade naquilo que exprimiu demonstrando o seu ex-istir, ou seja, ela se mostrou.

Todas essas formas de expressão são polêmicas, causando divergências entre profissionais, familiares e ainda entre e indivíduos do cotidiano da pessoas

portadora de distúrbios psíquicos. Uma grande maioria vê e interpreta apenas como a ação de um “louco” sem nenhum significado, mas na realidade toda essa postura tem um importante significado para ela própria, afinal lá está inserida sua personalidade.

Essa incapacidade de expressão verbal coerente que a pessoa portadora de distúrbios psíquicos apresenta, impede a muitas vezes de estabelecer relações sociais com os outros, o que pode levar a uma diminuição de sua auto-estima (quando presente), ao empobrecimento de sua personalidade, diminuição de sensibilidade e a uma deterioração da sociabilidade (Travelbee, 1979).

Esta mesma dificuldade de expressar-se de maneira coerente, implica na sua palavra enquanto poder de decisão, cria uma distância em seu testemunho, ou seja, a crença em sua fala fica comprometida levando a uma descredibilidade da mesma, o sim que ela pronuncia pode estar sendo um não. É mais uma das implicações que envolve esta pessoa enquanto ser de palavra.

Enquanto executor de um cuidado à pessoa portadora de distúrbios psíquicos, o Enfermeiro ocupa uma ampla dimensão diante da complexidade crescente que envolve o cuidado em saúde mental. Sua postura/expressão, implica diretamente no seu relacionamento com a pessoa portadora de distúrbios psíquicos, ou seja, seu comportamento constitui um fator relevante no estabelecimento de suas interações terapêuticas com esta pessoa. Pois, vivenciar situações enigmáticas, conflituosas e questionadoras, nos deixa de certa forma confusos e sem saber se estamos agindo corretamente.

É um desafio estabelecer relações com estas pessoas, conseguir que uma pessoa que encontra-se “fechada” comunique-se, ou ainda, entender, mesmo que superficialmente o que ela tenta expressar, é uma arte.

A habilidade para manter esta relação depende do uso de atributos do Enfermeiro, implica na estrutura de seu caráter, sua experiência de vida e profissional, conhecimento do que envolve determinada situação, habilidade para usar esses conhecimentos e acima de tudo sensibilidade e respeito diante da subjetividade de cada pessoa.

Mesmo sendo remetido ao silêncio pela sociedade, embora façamos parte dela, não devemos optar por esta postura. Devemos aproveitar o espaço que ocupamos e proximidade que temos um do outro para mediá-lo na expressão de suas emoções e conflitos que constituem sua palavra.

Embora não tenhamos ainda voz suficiente dentro do espaço que ocupamos, somos detentores de conhecimentos específicos que assegura-nos diante deste espaço.

Portanto, aliar nosso conhecimento à necessidade de expressão da pessoa portadora de distúrbios psíquicos pode ajudá-la e assegurá-la enquanto ser de palavra.

2.3.3- Ser Humano, Ser de Desejo e de Pulsões

Todo ser humano possui uma vida psíquica que ocupa uma posição importante em seu comportamento, tanto individual quanto coletivamente. E este

comportamento não se reduz apenas ao que se pode observar em seu exterior embora, muitas vezes, a realidade íntima de algumas pessoas viva mascarada/reprimida.

Enquanto sujeito que está em constante busca de satisfação, o ser humano se expressa no contexto através de seu comportamento, necessidades, sentimentos e desejos. Chalant (1996), refere que ele é também um ser de desejo, pulsões e relação.

Entendo que o desejo é um sentimento que lhe acompanha e está atrelado à sua vida fazendo parte da sua existência de acordo com sua visão de mundo, seu meio, suas crenças, valores, práticas, expectativas e metas.

Enquanto ser de relação, ele passa por uma relação poliforme com o outro e é através do outro que ele reconhece-se, constitui-se, sente prazer e sofrimentos, satisfaz ou não seus desejos e pulsões. Ele vê seu desejo e sua existência reconhecidos ou não através das relações que mantém com o outro (Chanlat, 1996).

Estas relações que fazem parte da vida interior de cada um, exterioriza-se em cada ação que se estabelece com o outro e consigo mesmo. Desejos, pulsões, são processos psíquicos que tendem a se exteriorizar em cada pessoa na busca de satisfação, realização, afirmação e até mesmo extravasamento de vontades contidas/reprimidas.

Expressar um desejo, manifestar uma pulsão e estabelecer uma relação passa a ser um fator de intensa indagação quando nos referimos a uma pessoa portadora de distúrbios psíquicos. Independente do momento que esta pessoa vive, ela traz consigo, fazendo parte de sua realidade psíquica, uma gama de sentimentos que

inerentes ao seu processo de identificação e afirmação. Expressá-los já é algo que nem todos conseguem e quando torna-se possível exteriorizá-los, passa a ser motivo de dúvidas e questionamentos no sentido de confirmar até que ponto é real.

Perceber esse desejo é uma tarefa que requer conhecimento, confiança, e perspicácia, ou seja, uma observação profunda e aguçada e ainda assim corremos o risco de interpretar-mos erroneamente.

Durante momentos de interação com clientes psiquiátricos institucionalizados, tive a oportunidade de presenciar diferentes manifestações de desejos, algo que às vezes torna-se difícil de observar, visto que a grande maioria daquelas pessoas encontram-se completamente descaracterizada/apagada pela repressão que sofreram ou que ainda sofrem por não poder exprimir seus sentimentos.

Algumas pessoas falam que sentem vontade de ir embora dali, ir para casa, mas ninguém era tão enfático como a Sra. M.F. que todas às vezes que encontrava-se comigo falava: *"olha, eu já to aqui a muito tempo, eu queria ir me embora, passa o natal e eu to aqui dentro, eles dizem que eu não posso ir porque eu não tenho ninguém, mas eu quero ir para casa, eu quero ir me embora, me leva daqui, eu quero ir me embora..."*

Ela falava com tanta profundidade, com tanto desejo que às vezes me deixava confusa. E os profissionais que conviviam com ela diziam para eu não dar atenção, pois ela já estava ali a bastante tempo e sabia que não tinha para onde ir e que não poderia sair.

Esse comportamento demonstra um desejo manifesto, desejo este que pode ter credibilidade e ser respeitado independente de quem tenha apresentado.

Por outro lado, existem alguns casos em que os desejos revelados devem ser trabalhados de uma maneira mais particular, como é o caso, por exemplo, de certas pessoas expressarem insistentemente seu desejo de casar, ficar junto ou fugir com alguém que passa a estabelecer um relacionamento terapêutico com ela. São exemplos de desejo que passam a ser contidos levando a pessoa a se acomodar dentro de si mesmo, para que reconheça o limite de seus anseios ou conformar-se com a situação que vive.

No entanto, podemos observar também fatos completamente avessos aos citados acima, onde há necessidade de se fazer um acompanhamento mais próximo para que a pessoa exprima o mínimo possível de sua essência, do seu eu. São pessoas extremamente impassíveis que em momento algum tomam atitudes diante de qualquer situação que seja.

Ainda tratando-se do comportamento do ser humano enquanto ser de desejo e de pulsão, é comum observar entre estes suas pulsões virem à tona das diferentes maneiras possíveis. Estas tendências são permanentes e generalizadas na interioridade de cada um estimulando suas atividades/atitudes de vida diária.

Esse sentimento exterioriza-se, na maioria das vezes, em forma de impulso já que as pulsões, em geral, são inconscientes e muitas vezes reprimida pela própria pessoa, talvez em reflexo ao comportamento que a sociedade ainda impõe.

Mas, depois das grandes descobertas de Freud e das diversas correntes psicanalíticas, podemos dizer que está sendo mais considerada a importância que a vida psíquica exerce no dia a dia da humanidade durante suas relações com o outro e consigo mesmo.

Inserido no contexto de pessoas que apresentam suas pulsões, a pessoa portadora de distúrbios psíquicos vive em constante sofrimento devido ela exteriorizar de maneira mais forte e sem controle suas tendências. Como menciono anteriormente, estas tendências permanentes, em geral, são inconscientes e nestas pessoas ela vem à tona mais facilmente e bem mais acentuada, pois a mesma apresenta suas idéias desagregadas e confusas, o que facilita ao não entendimento de seus atos.

Em se tratando de comportamento, mesmo quando o discurso psiquiátrico social é “progressista”, reformista face ao asilo, as práticas cotidianas dos cuidadores dos loucos ratificam e reproduzem práticas e relações opressivas no espaço asilar (Luz, 1994:9), a exemplo, temos as práticas de contenção mecânica que ainda são utilizadas para “proteção” do dito cuidador e da própria pessoa, segundo os que a utilizam. Na verdade sabemos que é mais um mecanismo utilizado para reprimir/oprimir a manifestação de desejo, pulsão e relação que este ser apresenta.

Portanto, diante de todas estas expressões contidas, fica difícil para a pessoa portadora de distúrbios psíquicos reconhecer-se existindo, pois isto só é possível através das relações mantidas com o outro, mas, relações de troca, respeito, e aceitação diante da subjetividade e limitação de cada ser humano.

Enquanto cuidador, o Enfermeiro que estabelece algum tipo de relação com estas pessoas, precisa ficar atento a estas manifestações, sejam elas de desejo ou de pulsão. Sua capacidade de interação e sua sensibilidade são fundamentais nesta relação. Sua presença junto a ela respeitando sua expressão de ser, passando segurança, confiança e “proteção” influencia positivamente no comportamento e nas relações que esta pessoa venha a ter com o outro. O objetivo é estabelecer uma relação

de ajuda na tentativa de resgatar a capacidade que ainda possa ter dentro de cada pessoa e mostrar a importância que ela tem diante de si mesmo.

2.3.4- Ser Humano, Ser Espaço - temporal

O espaço e o tempo constituem duas dimensões de toda atividade e experiência humana (Chanlat, 1996).

Enquanto seres humanos, estamos inseridos num espaço geográfico e no tempo cronológico e fenomenológico. Um tempo que nos remete aos movimentos psicológicos e sociais que marcam nossas atividades pessoais e coletivas. E um espaço que nos envia a diferentes lugares que irão constituir nossa existência pessoal e social estruturando as interações que estabelecemos com o outro na alimentação ôntica.

Entendo que o tempo de um não é o mesmo tempo do outro e toda pessoa tem origem de um determinado lugar, criou-se num meio particular com costumes e hábitos diferenciados. Esta pessoa também ocupa uma determinada posição social, onde desempenha suas atividades enquanto ser espaço-temporal. Dentro deste contexto, são inúmeras as significações que o espaço e o tempo representam no cotidiano das pessoas.

No espaço enquanto lugar de sobrevivência e existência, onde desempenhamos nossas funções psíquicas, biológicas, espirituais e sociais, cada pessoa procura apropriar-se de uma parte ou da totalidade deste lugar -seu espaço- como forma de sustentar/expressar sua subjetividade e reafirmar, de algum modo, sua

identidade pessoal e social. Tudo relacionado com o tempo cronológico e fenomenológico.

Partindo do princípio de que o espaço de um não é o mesmo espaço de outros, como menciono acima, podemos dizer que dentro do contexto social, pessoas experimentam de maneira diferenciada conviver/viver num espaço que lhe é concedido, visto que, “o espaço onde alguém sente poder movimentar-se livremente, é o espaço que nos concedemos e que os outros nos fornecem” (Laing, 1971:169 appud Chanlat, 1996: 108), até porque este espaço é um lugar dividido onde as pessoas inter-relacionam-se buscando suas afirmações.

Mesmo ocupando o lugar que nos é concedido, nem sempre conseguimos desenvolver plenamente nossas capacidades físicas e mentais, isto, por haver interferências do meio ou por apresentarmos limitações, o que conseqüentemente nos levará a ser controlado e limitado dentro de um espaço.

No espaço entendido como possibilidade e num tempo entendido como engajamento, a pessoa portadora de distúrbios psíquicos encontra-se inserida num espaço limitado que lhe é fornecido/imposto e um tempo que para ela pode não haver significado, não ser percebido/vivido diante do isolamento que ela encontra-se, isolamento este que está diretamente ligado com o seu espaço interno, externo.

Na medida das possibilidades que estas pessoas apresentam, elas tentam estar presente, o que na verdade já acontece, mas é um estar-sendo limitado que lhe é permitido na sua cotidianidade. Permanecer num espaço reduzido e isolado, a limita diante de suas interações e a impede de estar em diferentes lugares, ex-sistindo,

tentando exprimir sua essência, e preencher /estruturar o espaço de atenção na relação de estar-com.

Associado a estas restrições de espaço, a pessoa portadora de distúrbios psíquicos enfrenta também a terapêutica medicamentosa que é mais uma medida limitante, repressora e às vezes desnecessária, impossibilitando ainda mais sua permanência dentro daquele espaço que ainda lhe resta - seu ser.

Na relação que mantém consigo mesma, ela tenta preencher o espaço vazio, no qual encontra-se, através de gestos/ações diferenciados. Repetir sucessivamente uma ação é um fator que pode ser levado em consideração, a exemplo, destacamos os movimentos sucessivos/repetitivos de tronco e cabeça que é muito comum de ser observado, ela fica horas numa única posição realizando somente o gesto de ir para trás e para frente. Talvez, através desta ação, ela consiga resultado satisfatório diante do grande vazio que lhe envolve.

Finalizo dizendo que é real o limite que a sociedade estabelece à pessoa portadora de distúrbios psíquicos. Ainda encontramos pessoas “vivendo” longe do convívio social, com suas interações pessoais comprometidas e chegando no limite de sua existência com perda total de sua identidade. Pessoas descaracterizadas física e mentalmente, que já perderam a noção do seu espaço e de seu tempo, e que dispõem apenas um do outro enquanto referência.

Acredito que em momentos de lucidez, elas buscam encontrar-se e preencher seus espaços, numa possibilidade de ser em, mas essas lacunas são difíceis de ser em preenchidas pois, são espaços em branco, espaços estes, que ela ocupa mas não consegue dar vida, não consegue “pintar”, pois, “os espaços em branco estão a

desafiar a criatividade humana nas suas mais variadas formas possíveis....”

(Erdmann, 1996:96).

2.3.5- Ser Humano, Ser Estrangeiro para o Outro

O ser humano, desde o momento de sua existência, constrói-se a partir das relações que mantém com a condição de ser do outro, relação que ocupa um espaço muito importante e particular em nossas vidas e estão longe de ser simples, pois são envolvidas pela diferença que existe de uma pessoa para outra.

A identidade das pessoas, tanto individual quanto coletiva, resulta da relação que elas mantêm com a diferença e com a condição de ser do outro e é dessa relação que se pode compreender numerosos comportamentos individuais que observa-se no cotidiano (Chanlat, 1996).

Freud dizia que o outro é para cada um de nós, ao mesmo tempo, um modelo, um objeto, um apoio ou um adversário, e mesmo um saco de pancadas.

A partir do exposto, podemos dizer que a pre-sença do outro tem uma representatividade importante na edificação da identidade cultural e social de cada um e que todo ser humano distingue-se, identifica-se, constrói-se e diferencia-se em contato com o outro, pois "...a consciência de si é inseparável da consciência do outro...." (Zavalloni, 1994 appud Chanlat, 1996:154).

Sabemos que a pessoa constitui-se através da reciprocidade que mantém com o outro. Conhecendo o valor das relações que se estabelece no dia a dia, é

confirmada a importância dos relacionamentos para o desenvolvimento emocional, mas no entanto, temos um comportamento de que somos sempre o "estrangeiro de alguém".

No coletivo, onde grupos/comunidades já formados recebem um novo membro que faz parte de uma outra realidade, isto torna-se bastante evidente. Durante a fase de adaptação desta pessoa podemos observar claramente o preconceito existente do outro lado, onde a grande maioria tem tendência a comportar-se e definir-se como "centro do mundo" e julgar as pessoas a partir de sua própria natureza.

Estas atitudes que se têm diante do outro, são exemplos da discriminação e da singularidade que habita dentro de cada um de nós, isto talvez pelo medo/receio que se tem diante do saber característico de cada pessoa. Ou ainda, porque esta faz parte de uma cultura diferente da sua, o que lhe deixa inseguro/ameaçado dentro do seu espaço habitual.

Toda essa "estranheza" é muito forte quando remetemo-nos à pessoa portadora de distúrbios psíquicos, pessoa que está em permanente estado de "ameaça" para a coletividade. Estas pessoas, como os estrangeiros, viveram e vivem em sua própria sociedade, o que mostra serem "diferentes". Pode-se dizer que a discriminação que sofrem é anterior à discriminação sociocultural. O fato de pertencer a uma classe de portadores de distúrbios psíquicos, constitui em toda sociedade um elemento estranho para o mundo dos que se consideram "normais".

Para a sociedade esta pessoa é o "outro", mais que um elemento da mesma. Em razão de sua situação de ser, ela é definida como um elemento perigoso e

antagonista. Associados ao mundo das forças invisíveis, o portador de distúrbios psíquicos provoca medo/repulsa.

Por outro lado, esta pessoa se mantém sempre reservada, ela nunca entrega se totalmente em termos de confiança, de abertura. Mas este comportamento pode ser atribuído a um mecanismo de defesa, o qual todos nós lançamos mão diante de uma situação onde nos sentimos discriminados.

Este sentimento de discriminação dificulta o seu relacionamento, a questão de rotulá-lo como “louco” afasta-o ainda mais da relação com o outro e consigo mesmo o que impede seu reconhecimento/crescimento enquanto pessoa, pois só se cresce quando se consegue aproximação e troca.

Portanto, enquanto ser que estabelece uma relação direta com estas pessoas, o profissional Enfermeiro precisa compreender esta relação, precisa entender que existe momentos de lucidez onde o portador de distúrbios psíquicos está melhor que ele, ou seja, encontra-se numa situação mais estável emocionalmente, onde ele pode perceber o outro enquanto semelhante e diferente ao mesmo tempo, sendo capaz de restituir sua imagem, uma imagem que ele próprio gostaria talvez de não ver, modificar ou esquecer.

Diante do que foi mencionado, podemos dizer que a condição de ser do outro, a relação que estabelecemos com ela, estão diretamente ligadas com a construção de nossa identidade pessoal e coletiva, “...onde cada um se constitui na reciprocidade da confirmação pelo outro, mediante a mútua responsabilidade...” (Buber, 1975).

“Esta relação com o outro, feita de medo e fascinação e presente em todos os níveis de relacionamento, indicam-nos que a austeridade e a estranheza estão em nós mesmos” (Chanlat, 1996:156).

2.3.6- Ser Humano, Ser Sensível

Falar de sensibilidade é abrir um leque extenso e expressivo que alcança uma abrangência complexa e quase que ilimitada dentro da dimensão humana.

Esta capacidade inerente ao ser humano, mas que nem sempre é levada em consideração, está atrelada a um conjunto muito amplo de significados, (...) “além de vincular-se a outros elementos como a subjetividade, os valores existenciais, o mundo vivido, etc..” (Santín, 1994:96).

São inúmeros os significados que podemos encontrar em relação à sensibilidade. A filosofia, por exemplo, a descreve como sendo a capacidade de perceber impressões provenientes do próprio corpo e do mundo exterior, podendo ser englobado o conhecimento sensível e as afecções (capacidade que a pessoa tem de gozar e de sofrer, de se comover, de desejar e de amar). E a pessoa portadora de distúrbios psíquicos? Será que consegue alcançar esse ponto de sensibilidade?

Nesta mesma linha, a Psicologia Filosófica refere-se a uma sensibilidade externa/perceptiva - cuja atividade (percepção pura) se determina no objeto real e presente recebendo antes dele a impressão ou determinação - e a uma sensibilidade

interna/reprodutiva - cuja a atividade consiste na reprodução de percepções já havidas, incluindo a fantasia ou imaginação, a memória e a estimativa.

Santín (1994), refere-se a sensibilidade como um conhecimento intuitivo que representa uma volta ao vivido, atingindo no ser humano um grau superior porque pode valer-se das informações da razão ou da inteligência que este apresenta. E ainda, que esta é um modo de conhecer, ou simplesmente, a faculdade de ter sensações ou de sentir, de experimentar, de conhecer, de compreender por uma espécie de instinto natural (...) trata-se de um conhecimento que nos é vinculado existencialmente ao objeto “conhecido”/sentido.

Dentro destas referências relacionadas ao ser humano me reporto à pessoa portadora de distúrbios psíquicos e me pergunto como ela comporta-se diante de todas essas sensações levando em consideração seus estados de razão e inteligência que em determinados momentos encontram-se comprometidos? Ou será que esse comprometimento a deixa mais suscetível à percepção diante da vida?

Em seus momentos de delírios, alucinações, acredito que sua sensibilidade enquanto percepção de impressões provenientes do próprio corpo e do mundo, encontra-se prejudicada, no entanto, por outro lado a sensibilidade enquanto conhecimento sensível incluindo as afecções, encontra-se eminentemente aflorada.

O mesmo autor dá um segundo sentido à sensibilidade, referindo-a à vida afetiva, dizendo inclusive que é o aspecto mais desenvolvido e explorado, vinculando-se também às emoções em geral. E, enquanto vida afetiva, como a pessoa portadora de distúrbios psíquicos desenvolve este lado?

Confirma-se então a complexidade que envolve a sensibilidade.

Exprimindo-se de forma variada e atuando juntamente com outras capacidades/faculdades do ser humano, ela torna-se causadora de conflitos e rejeições ocasionados pela postura que a sociedade racionalista impõe conforme relata Santín (1994).

Mas, segundo este mesmo autor, esta sociedade que ainda mostra, em parte, o seu preconceito racionalista, como coloca R. Alvez (1994), parece estar no resgate desta sensibilidade, a pessoa parece tentar resgatá-la e mostrar que ela é um ser sensível e que essa sua capacidade tem uma forte representatividade em suas relações. Santín (1994), refere que “o resgate da sensibilidade representa uma reação contra a cientificidade e a racionalidade, (...) tornando-se um ponto chave para descrever e designar as dimensões humanas excluídas pela visão racional e científica do mundo e do homem” (p.97 e 96).

Acredito ser importante essa busca e essa luta para que este sentimento não se reduza a “meros estados afetivos ou emocionais, reconhecidamente como atitudes condenáveis ou, no mínimo, suspeitas para o bom desempenho do homem racional ou do cientista”(p.96).

O esperado é que o homem enquanto possuidor nato deste sentimento deixe que a sensibilidade aflore e permeie suas relações familiares, de trabalho e sociais. Isto torna-se uma necessidade na medida em que faz seu conhecimento mais acurado e eficaz para a vida, despertando também a própria melhora deste seu conhecimento. No entanto, é difícil para a pessoa racionalista admitir a sensibilidade

sem achar que a mesma atrapalhe sua verdade racional ameaçando suas virtudes que são consideradas confusas para a pessoa portadora de distúrbios psíquicos.

Assim como a sensibilidade, a razão considerada a característica única e suprema da identidade do homem também está passando por uma série de questionamentos, o que dá início à uma abertura com possibilidades de reuni-la com outros valores do ser humano, valores estes que inclui sua associação com o conhecimento sensível humano.

Portanto, racionalidade e sensibilidade tem ligação direta uma com a outra assim como a objetividade e subjetividade de cada sujeito, “a razão e a sensibilidade atuam juntas e não se pode mais falar em tirania de uma sobre a outra. Através do belo, o homem é como que recriado em todas as suas potencialidades e recupera sua liberdade tanto em face das determinações do sentido quanto em face das determinações da razão” (Schiller apud Santín, 1994:99).

O resgate deste sentimento sensível peculiar do ser humano precisa acontecer nas duas dimensões, enquanto conhecimento válido e enquanto vida afetiva (...) trata-se de conciliar razão e sensibilidade, subjetividade objetividade (Santín, 1994).

Enquanto conhecimento válido e significativo que está relacionado às manifestações vitais do ser humano onde seus sentimentos tornam-se espontâneos, fortes e livres de toda forma artificial (...) não permitindo a substituição de nossa percepção por uma grande quantidade de dados e por seu processamento através de computadores (Santín, 1994). E enquanto vida afetiva que segundo (Santín, 1994) é o aspecto mais desenvolvido e explorado onde está inserida as emoções de modo geral,

emoções essas que exprimem a subjetividade do ser humano, onde o afeto, a felicidade, a beleza, a dor, o medo, o prazer, podem ser expressados. É neste sentido que precisamos alcançar estes sentimentos que possuímos, mas que nem sempre usufruímos dos mesmos.

Na condição de ser humano inserido neste contexto, o Enfermeiro enquanto ser sensível que faz uso dessas manifestações, deve vale-se ainda mais desta sua qualidade para que sua percepção/compreensão torne-se profunda diante do indivíduo que necessita de seu auxílio. Toda essa questão é forte no enfermeiro que lida diariamente com o outro, podemos observar em algumas ocasiões atitudes puramente intuitivas e quando nos referimos às afecções que a filosofia considera, isto se torna ainda mais evidente através da expressão de felicidade, sofrimento, dúvidas, desejos, conquistas que este convive diariamente.

Se este profissional, permitir-se viver sua sensibilidade, no âmbito geral de sua vida, acredito que estará contribuindo para resultados positivos em sua prática de enfermagem como também para seu bem viver.

Quanto a pessoa portadora de distúrbios psíquicos questiono-me até que ponto sua sensibilidade é comprometida, pois seu comportamento diante de alguns fatos leva-me a acreditar que nestas pessoas esta capacidade é ainda mais forte. Ouve-se muito dizer que o “louco” tem a sensibilidade aguçada, que ele sente/percebe o comportamento/atitudes das pessoas que convivem com ele ou dele se aproximam. É muito comum pessoas que nunca tiveram contato com eles, temerem às suas reações e diante disto ouvimos muitas vezes: *"não precisa ficar com medo, pode se aproximar,*

eu não vou fazer nada”, como também “gosto de você porque você realmente me respeita e não tem medo de mim”.

Toda essa sua expressão diante dos fatos, diante da vida, nada mais é do que uma tentativa para que seja compreendido.

Para concluir, devo dizer que acredito na expressão da emoção enquanto real sensibilidade humana, todas às vezes que exprimimos sinceramente o vivido, “quando pensamos não só com o cérebro, mas também com todo o corpo e toda alma, com o sangue, com o coração, com a medula dos ossos, com os pulmões, com o ventre, com a vida” (Unamumo apud Unamumo, 1994:98).

3- O REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1- O MÉTODO FENOMENOLÓGICO

Neste estudo, utilizei como método e referencial teórico filosófico a Fenomenologia Existencialista de Martin Heidegger. Busquei compreender a pessoa portadora de distúrbios psíquicos no seu sentido de ser. Esta é uma abordagem do tipo qualitativa que, segundo Minayo (1996), funda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, onde o significado é o conceito central da investigação.

A fenomenologia é, neste século XX, principalmente um nome que se dá a um movimento cujo objeto precípua é a investigação direta e a descrição dos fenômenos que são experienciados pela consciência, sem teorias sobre a sua explicação causal e tão livre quanto possível de pressupostos e de preconceitos (Martins apud Schneider e Valle, 1996).

Historicamente, a fenomenologia teve seu início na tradição filosófica com Hegel, no entanto foi a partir de Husserl que ela surgiu como movimento filosófico para reagir ao pensamento filosófico do século XIX, tentando superar as tendências do

racionalismo e do empirismo na questão do conhecimento científico, bem como a tradição idealista no que se refere ao movimento filosófico (Gelain, 1991).

A fenomenologia assume o fenômeno como aquilo que aparece à consciência, ou seja, ela se mostra, e o pesquisador somente pode ver o que aparece. A premissa básica é a necessidade de eliminação de pré-concepções sobre o fenômeno que se quer conhecer. Não há hipóteses, isto quer dizer, a realidade não é negada nem afirmada. Fenômeno é aquilo que surge para uma consciência, o que se manifesta para esta consciência, como resultado de uma interrogação. Do grego “phainemenon” significa discurso esclarecedor daquilo que se mostra para o sujeito interrogador, ou seja, o que se mostra em si mesmo. Do verbo “phainestai” como mostrar-se, desvelar-se. Fenômeno, é, então tudo que se mostra, se manifesta, se desvela, ao sujeito que interroga (Bicudo, 1994).

A fenomenologia tem a preocupação de descrever o fenômeno e não de explicá-lo, não se preocupando com o buscar relações causais. A preocupação é no sentido de mostrar e não de demonstrar, e a descrição prevê ou supõe um rigor, pois através da rigorosa descrição pode-se chegar a essência do fenômeno (Martins, Boemer e Ferraz, 1990).

Segundo Gelain (1991), *“para Edmund Husserl a fenomenologia aparece como o fenômeno das essências, seu lema a volta às coisas mesmas nada mais é que uma tentativa para chegar às coisas livre de preconceitos”*. Segundo o mesmo autor, *esta é a ciência descritiva das essências, da consciência e de seus atos, é a essência do fenômeno*

da facticidade do tempo, expressando a verdade e com isto dentro da liberdade que é o poder ser, o poder manifestar-se “.⁸

Consciência na fenomenologia é intencionalidade, é o estar voltado para... atentamente. A essência do fenômeno é mostrado pela realização de uma pesquisa rigorosa que busca as raízes, os fundamentos primeiros do que é visto (compreendido), e o cuidado com cada passo dado na direção da verdade (mostração da essência). O fenômeno é captado na sua visão, imediata intuição da essência.

A fenomenologia se apresenta como ciência descritiva, rigorosa, concreta que mostra e explicita, *"que se preocupa com a essência do vivido. Ela é ciência eidética material, pois os vividos intencionáveis dão forma aos conteúdos pela significação"* (Capalbo, 1984:140).

Retornando à fenomenologia em si, Dartigues (1992) refere que a tarefa efetiva da mesma será pois, analisar as vivências intencionais da consciência para percebermos que aí se produz o sentido desse fenômeno global que se chama mundo.

As fases do discurso fenomenológico são: situação de presença do sujeito face ao ser descrito (volta às coisas nelas mesmas), descrever o que é essencial e significativo ao fenômeno, descrição e interpretativa.

As principais etapas do método da fenomenologia são:

- ponto de partida é a situação existencial tal qual é vivida, sendo o fenômeno ou situação problema objeto da pesquisa...

⁸ Conforme anotado em aulas proferidas pelo Prof. Ivo Gelain referente a disciplina Fundamentos Filosóficos da Pesquisa no Curso de Mestrado em Enfermagem, UFSC-SC, 1996.

- Busca-se a compreensão desta situação, através da intencionalidade nela presente, da descrição do fenômeno visando chegar a invariante, ao preenchimento do sentido pela intuição.
- Da compreensão passa-se à reflexão da consciência à consciência crítica.
- A pesquisa é do tipo qualitativo, envolvendo a noção de pesquisa participante e pesquisa ação, pois ela envolve a intersubjetividade e por isso não é puramente neutra, teórica e descompromissada com a ação.

Daí as noções correlatas de coexistência, encontro, integração, empatia, participação, diálogo, projeto humano, liberdade pessoal e social.

A fenomenologia caracteriza-se, antes de tudo, por uma preocupação em dar uma descrição pura da realidade. Para que isso ocorra, o inquiridor fenomenólogo dirige-se para o fenômeno da experiência, para o dado, e procura “ver” este fenômeno da forma que ele se mostra na própria experiência (Schneider e Valle, 1996).

Como um método de pesquisa, a fenomenologia é relativamente nova, porém, não impede de ser uma forma radical de pensar. Como um método radical de pensar, parte, necessariamente, de caminhos conhecidos de se fazerem as coisas, desafia os pressupostos como aceitos e busca estabelecer uma nova perspectiva para ver as coisas (Martins e Bicudo, 1983).

Giles (1975), relata que M. Scheler considera a metodologia fenomenológica a partir do duplo privilégio que ela apresenta de ser um método sólido e eficaz, capaz de fornecer à pesquisa filosófica um ponto de partida e um princípio de

desenvolvimento inatacáveis, isto é, de pô-la em contato com seu verdadeiro objeto de novo, e de conferir-lhe, pelo próprio fato, uma riqueza teórica e prática muito mais fecunda do que conhecia antes.

O rigor que se encontra na fenomenologia deve-se ao fato de “voltar às próprias coisas” que exige. Ela nos pede para considerar os fatos fora de todos os preconceitos, fora de todas as teorias que, às vezes, os complicam, às vezes, os simplificam, mas sempre os deformam. Qualquer que seja o campo da pesquisa, o primeiro recife a evitar é o de um ponto de vista prévio, que sempre reflete uma tradição mais ou menos viva e limita a atenção aos elementos do dado que concordam com soluções antecipadas (Idem: 20).

O mesmo autor diz ainda que, o pesquisador deve procurar um contato intuitivo imediato com os objetos; os preconceitos, que muitas das vezes se interpõem e fazem com que este contato seja difícil, são o fruto de um desafio sutil, que pretende abolir as condições de simplicidade necessária ao conhecimento.

Acredito que o contato intuitivo que o autor refere-se, deve ser ainda: consciente e consistente, onde o pressentimento deve ser considerado. Pois, para perceber o que um indivíduo portador de distúrbios psíquicos quer expressar, requer uma atenção redobrada, ou seja, pede uma doação, um envolvimento, uma harmonia entre os cinco sentidos e toda a essência que é inerente ao ser humano.

O **como** da investigação daquilo que se mostra por si mesmo envolve “ir à coisa mesma”, para o qual se faz necessário exercitar-se. A fenomenologia como um novo método desenvolveu-se gradualmente e continua a transformar-se de maneira contínua (Martins apud Schneider e Valle, 1996).

A metodologia da pesquisa qualitativa deve ser de natureza teórica e prática concomitantemente. Aquilo que nas teorias o pesquisador apreende das observações empíricas e as experiências por ele vividas devem constituir o seu ponto de partida. Essas duas aprendizagens fornecem a instrumentação para observar e analisar realidade de modo teórico desde o início. Fornecem recursos para ver os objetos da percepção na sua origem social, histórica e de funcionamento, na sua interdependência e determinação do seu desenvolvimento (Martins e Bicudo, 1989).

A pesquisa fenomenológica está dirigida para os sentidos, ou seja, para expressões claras sobre as percepções que o sujeito tem daquilo que está sendo pesquisado, as quais são expressas pelo próprio sujeito que as percebe (Schneider e Valle, 1996).

Utilizar o método fenomenológico junto a pessoa portadora de distúrbios psíquicos não significa que a pesquisa será inválida/inconsistente, pois, um envolvimento, seja ele qual for, possibilita a descrição de uma realidade/experiência vivida, ou seja, há um espaço que nos permite chegar à essência do fenômeno e, no olhar Heideggeriano, espaço é possibilidade, é poder-ser e tudo é poder-ser, tudo é possível, até a impossibilidade. Segundo Giles (1975), os dados fenomenológicos constitui-se não apenas pelas essências inteligíveis, mas igualmente pelas essências alógicas, impenetráveis pela razão, por valores e suas relações, independentes do sujeito.

Segundo Dartigues (1992), uma psicopatologia fenomenológica será, pois, uma intuição do fenômeno patológico estudado, uma apreensão, através das noções que designam os sintomas e do sistema que essas noções constituem, da vivência que as noções indicam: A força de olhar o objeto, sentir-se entrar nele. Nele se introduzir

familiarmente, nele se fundi, em lugar de extrair. Certamente, o pesquisador terá, ele também, necessidades das propriedades ou dos signos, cuidadosamente apreendidos e descritos, mas ele não os quer por si próprios, com o objetivo de utilizá-los como elemento de conceitos, mas para, graças a eles, chegar sempre à intuição da coisa, à intuição do objeto. Intuição que para o mesmo autor, não é pura descrição subjetiva dos fenômenos em sua particularidade empírica, mas, no sentido de Husserl, intuição da essência do fenômeno patológico, transcendendo suas manifestações particulares.

Na pesquisa fenomenológica destaca-se a busca da essência do fenômeno e nesta busca é fundamental a compreensão do mundo do pesquisado, mas para tanto, Carvalho (1987) nos diz que há necessidade de uma comunhão com quem fala, um ouvir olhando para o cliente, envolvendo-se com ele, sendo tomado pelo seu gesto linguístico. Há que ultrapassar a dicotomia sujeito-objeto através do gesto linguístico que não é a simples existência de palavras.

3.2- O EXISTENCIALISMO DE HEIDEGGER

Martin Heidegger (1889-1976), foi assistente, depois sucessor de Husserl na Universidade de Friburgo e cruzou em seu próprio caminho filosófico o caminho de seu mestre.

A fenomenologia para Heidegger é: “ver o que se mostra, tal como se mostra, por si mesmo, efetivamente por si mesmo na existência”. Este pensamento tem

como fundamento, a busca do significado na existência, na facticidade a partir do “ser-aí” que dá sentido e compreende o significado do ser dos fenômenos (Gelain, 1991).

Segundo Heidegger (1967), o “ser-aí” é um ser-no-mundo. Existindo sobre este modo, significa que se relaciona com o mundo, habita-o, trabalha-o, interroga-o, medita-o Essa característica o apresenta como Preocupação.

Este “ser-aí” não é estático, mas dinâmico. Está em devir rumo ao seu fim. Fim este que é para ele sua última possibilidade. Nesse sentido é um ser para a morte que se apresenta como uma possibilidade de si, mas também como o máximo de suas possibilidades no devir, no vir-a-ser. É o fim do “que fazer”, do projeto vital. Esse aspecto desvela a finitude do “ser-aí”. É lançado no tempo, no mundo, num devir dinâmico rumo ao fim de suas possibilidades existenciais.

O que caracteriza essencialmente o Desein é **Ser-no-Mundo**, estrutura que é captada pelo homem no seu próprio existir. O existente só pode se compreender em sua relação com o mundo, relação na qual cria o mundo, ao mesmo tempo em que é criado por ele. O homem não é uma coisa entre outras coisas; ele “é aqui”, num sentido auto localizado e auto consciente, numa relação constante com os objetos, as pessoas e as situações. O mundo, independente dele, existindo por si mesmo, só aparece através de sua reflexão - o que há, primordialmente, é o mundo para ele (Heidegger, 1997).

O homem é o ser que fala mesmo quando não fala, recolhendo-se no silêncio do sentido, assim como é o ser que morre, mesmo quando não morre e vive, recolhendo-se à temporalidade da existência. O ser e o homem não apenas se limitam como, por e para fazê-lo, se visitam. Por esta instância passam todos os caminhos de compreensão dos discursos. Nesta instância, instala-se todo diálogo de pensamento entre

os homens. A partir desta instância, os pensadores podem pensar, sempre pela primeira vez, o advento do sentido e da verdade, no tempo das realizações (Heidegger, 1997).

Esta colocação do autor acima citado sobre a possibilidade do homem existir mesmo permanecendo calado é extremamente significativa, pois, o ser humano realmente expressa-se de diferentes maneiras, inclusive quando não expressa-se verbalmente. Um olhar, um sorriso, um gesto, são formas importantes de expressão que validam a comunicação, bem como a compreensão de um fenômeno.

Remetendo-me a pessoa portadora de distúrbios psíquicos, torna-se imperativo considerá-lo como ser existente no tempo dentro de sua subjetividade e com toda a sua maneira de exprimir-se para o mundo. Para estas pessoas, o silêncio pode desvelar-se enquanto "ser aí" estando no mundo, bem como, a maneira que ele está presente, de ser-no-mundo, já que *"a fenomenologia patológica nos remete a uma fenomenologia da existência humana, ou seja, a uma fenomenologia da temporalidade do homem. Um fato humano ou uma expressão, seja individual ou coletiva, comporta sempre uma dimensão vivida"*, uma experiência vivida (Dartigues, 1992: 60).

Heidegger, (1967) nos fala que estudar a existência é estudar o "ser-aí", o homem na sua totalidade.

Existência designa a realidade como totalidade em contínuo vir-a-ser. É o ser que é realidade, que é existência (ex = para fora; sistência = estar). É o movimento de manifestação, de desvelamento que se explicita de maneira diferente de época para época, levando-nos a perceber que cada época é uma forma específica de realização da existência.

O movimento da existência explicita-se no homem de duas maneiras: a autêntica e a inautêntica. Na inautêntica ele busca, sem sucesso, nas coisas, sua existência e autenticidade. Na autêntica, busca nele o lugar da elucidação do sentido das coisas e da existência. Existência que para este mesmo autor, explicita-se no movimento da Temporalidade e da Historicidade.

Explicitar-se no movimento é a contínua explicitação chamada desvelamento (ir se mostrando). Neste contínuo “ir se mostrando” está a explicitação da Existência que, em contínua manifestação, gera a História e revela-se através do homem. A existência, portanto, é o homem revelando-se no Tempo e na História.

Com relação a Temporalidade, Heidegger (1967) refere que o tempo caracteriza-se por três dimensões e uma relação: o passado (memória), o presente (articulação) e o futuro (expectativa).

Na articulação do presente o ser presente mostra-se como contínua permanência do ser em familiaridade com o homem. O ser-presente habita continuamente junto do homem.

Na dimensão do passado, fala a ausência, (a memória).

Na dimensão do futuro, também, fala a ausência sob a característica de expectativa. Diz-se corretamente que, no futuro, o presente já começou.

O tempo, portanto, nos três modos do ser vir à presença (presente-passado-futuro) é o elemento constitutivo da estrutura ontológica do “ser-aí” e do mundo.

O homem (existencial) é, pois, um jogo de vir-a-ser e a existência (homem), um processo deste vir-a-ser.

Existência é, em síntese, o “ser-aí” lançado, visto do nascimento à morte, no seu existir fáctico, no tempo e na história.

Estas são as idéias básicas de Hegel, no que se refere à fenomenologia existencialista e que considero importante para compreensão e análise dos dados desta investigação.

4- A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1- CONTEXTUALIZANDO A REGIÃO DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido com pessoas portadoras de distúrbios psíquicos no Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (I.P.Q) e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Florianópolis.

O I.P.Q é uma instituição pública. Fundado em 1942, com o nome de Hospital Colônia Sant'Ana, está subordinado à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES).

A filosofia de atendimento da instituição considera o cliente como uma unidade biopsicossocial e, nesta perspectiva multidisciplinar, visa proporcionar-lhe atendimento psiquiátrico, psicológico, clínico e social, procurando evitar o hospitalismo, não o dissociando da família, quando existente, nem de sua comunidade de origem.

A instituição tem capacidade de atendimento a cerca de 650 clientes de ambos os sexos, com as mais variadas categorias diagnósticas. A predominância é de pessoas do sexo masculino (67%) e clientes alcoolistas (50%).

Para o atendimento dos clientes, o I.P.Q está setorizado em alas de curta permanência, média permanência e longa permanência, pensão protegida, unidade de dependentes químicos (U.D.Q), clínica médica, unidade de gestão participativa (U.G.P) e cuidados especiais.

Segundo dados do plantão de Serviço Social do local, as pessoas que procuram o instituto são, em geral, de baixo nível sócio econômico e cultural, semi qualificadas para o trabalho e carentes sob diversos aspectos. São oriundas de áreas urbanas e rurais de todas as regiões do Estado.

Já o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) está inserido na Policlínica de Referência Regional III, é um ambulatório especializado em saúde mental, da rede pública responsável pela assistência secundária prestada a uma clientela constituída de pessoas que apresentam transtornos psíquicos e por outros a elas vinculadas. É referência para vinte e um municípios da grande Florianópolis.

Este, surge em decorrência do movimento de Reforma Psiquiátrica no final da década de oitenta, a partir da Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental em julho de 1987. Com a proposta de mudar os paradigmas da atenção, cria-se o primeiro recurso não manicomial da rede pública neste Estado em novembro de 1989. A equipe conta com os seguintes profissionais:

- 04 Médicos Psiquiatras;
- 04 Enfermeiras;
- 02 Psicólogas;
- 01 Médico Clínico Geral;

- 02 Terapêutas Ocupacionais
- 01 Assistente Social;
- 01 Auxiliar Administrativo;
- 01 Técnico em Atividade Administrativas;
- 01 Agente administrativo;

O CAPS conta com um Programa de Pacientes Psicóticos que tem como objetivo manter a pessoa em tratamento extra-hospitalar, vinculado à família com perspectivas de retomada das atividades de vida diária, vida prática e interativas sociais.

Para isso são usados recursos clínico-medicamentosos, grupos de Terapia Ocupacional (T.O) e de Enfermagem, atendimentos individuais com T.O e Psicóloga e trabalho de consciência corporal realizado por T.O.

Os usuários deste programa são encaminhados, em sua grande maioria, do I.P.Q e do Instituto São José egressos de internações. Estes, são triados por uma Enfermeira, agendado para o Psiquiatra e encaminhado aos outros atendimentos (individuais ou em grupo) de terapia ocupacional e psicologia, conforme necessidade.

Atualmente oferece-se além dos atendimentos individuais, do Psiquiatra Psicóloga, Terapeuta Ocupacional e Enfermeira, 03 modalidades de grupos:

- Grupo aberto diário;
- 02 grupos de T. O – frequência semanal (01h. e30m.);
- Grupo mensal medicamentoso;
- Grupo Terapêutico – frequência semanal.

A equipe que trabalha junto a este programa é composta por:

- 01 Enfermeira;
- 01 Psicóloga;
- 02 Terapeutas Ocupacionais;
- 02 Psiquiatras.

4.2- AS PESSOAS DO ESTUDO

As pessoas que participaram deste estudo foram vinte pessoas portadoras de distúrbios psíquicos, sendo que dez estavam hospitalizados no I.P.Q e nove estavam fazendo acompanhamento ambulatorial no CAPS.

Não foram considerados sexo, idade, estado civil, o tempo de internação, internações anteriores ou tempo de acompanhamento ambulatorial bem como os diagnósticos estabelecidos à eles.

O critério utilizado para a inclusão destas pessoas nesse estudo foi a predisposição e o interesse de cada um em participar desta pesquisa, sua possibilidade e engajamento dentro do contexto e empatia do sujeito com o pesquisador. Pois, *“a pesquisa fenomenológica pressupõe um envolvimento pessoal do pesquisador com o pesquisado, onde deve ser lançado um olhar profundo, um olhar sobre toda sua existência na busca do sentido do ser. A empatia é um dos fatores fundamentais na pesquisa fenomenológica, e por isso deve mediar a relação sujeito-sujeito, temos que*

*deixar sempre o outro emergir, ou seja, deixar que ele fale aquilo que é próprio dele. Devemos ainda não só observar o que ele fala, mas observar tudo nele”.*⁹

4.3- A COLETA DOS DEPOIMENTOS

A entrada no campo se fez mediante a autorização das instituições onde realizei o estudo. Me apresentei como Enfermeira mestranda à equipe de saúde do local, bem como, expliquei o meu objetivo naquele momento, pois são setores que além da equipe de enfermagem, outros profissionais atuam na área.

O horário de realização das entrevistas obedeceram os critérios dos locais escolhidos, ou seja, no período da manhã no CAPS e no período da tarde no I.P.Q sendo que essa definição foi feita em conjunto com a equipe das instituições selecionadas, e com as pessoas envolvidos no estudo.

A coleta dos depoimentos foi feita através de entrevistas que foram gravadas de acordo com a permissão dos entrevistados. Não foi estabelecida nenhuma pergunta padrão, primeiramente eu me apresentava, depois falava da finalidade do estudo e em seguida pedia para que o entrevistado falasse como começou o seu problema. A partir daí emergiam alguns questionamentos que não eram obrigados a constar no diálogo.

Esta mesma coleta foi realizada até a saturação dos dados, ou seja, quando foi possível visualizar subsídios consistentes para análise, pois, *“só ele – o pesquisador –*

⁹ Conforme anotado em aula proferida pela Profa. Ivis Emília de Oliveira na Palestra “Fenomenologia na Linha Heideggeriana”, UFSC-SC, 1998.

ao olhar atentamente às descrições obtidas é que se declara satisfeito, considera que é suficiente os conhecimentos obtidos, pois estes permitem que o fenômeno se mostre para ele, numa ou mais perspectivas” (Fini, 1994).

4.4- A ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

Foram realizadas sucessivas leituras nos dados obtidos através dos depoimentos das pessoas portadoras de distúrbios psíquicos, com a finalidade de familiarizar-me com os mesmos. Após estas leituras, selecionei as frases que me pareciam ter um maior valor significativo, ou seja, frases que mostravam explicitamente o ser do sujeito. Dando continuidade, busquei a convergência destas frases construindo as unidades de significado. A partir de então, fiz uma análise fenomenológica desses significados.

Finalizando, realizei um estudo interpretativo compreensivo através da hermenêutica fenomenológica a partir da seleção das unidades temáticas que já havia analisado durante a convergência das unidades de significado. O meu pensar foi em busca de compreender o sentido da pessoa portadora de distúrbios psíquicos no seu sentido de ser.

5- INSERINDO O ESTUDO FENOMENOLÓGICO

5.2- ANÁLISE E DESCRIÇÃO DOS SIGNIFICADOS

Durante os momentos de leitura e exercícios reflexivos preocupada com a busca do entendimento do ser, da compreensão do sendo, destaco uma colocação de Heidegger (1997) que diz o seguinte: *“ser” é o conceito mais universal e o mais vazio (...) resiste a toda tentativa de definição” (p.27).*

Considerando indelével o pensamento do autor, não caberia-me postular definições sobre o ser e o sendo de pessoas portadoras de distúrbios psíquicos. No entanto, minha proposta de compreender este ser e aquilo que ele pretende indicar é válida no sentido de tornar transparente a essência contida que existe dentro de cada uma delas. Pretende-se assim desmontar os enigmas e preconceitos que as acompanham durante sua trajetória de vida dando a possibilidade para a Enfermagem prestar seus cuidados baseados no querer e característica de cada pessoa.

A pessoa portadora de distúrbios psíquicos é alguém comum que apresenta comportamentos inerentes a qualquer ser humano. Sente fome, sede, frio, calor, dor,

medo, e que também ama, odeia, chora, ri, ou seja, possui semelhanças dentro da subjetividade de cada um.

Sua pre-sença está aí de forma marcante e excêntrica aos olhos de um considerado número de pessoas, isto porque ainda não foi possível o alcance de um grau de conscientização, abertura e interesse, pois a visão que se tem é a de um ente, ou seja, daquilo que ele demonstra ser, e para que ocorra a mudança desse quadro é necessário que se alcance a essência de cada um para que então sua pre-sença seja vista dentro de sua autenticidade.

A partir de agora dando início a análise das descrições, ``a luz de Martin Heidegger e leitura atenta dos depoimentos, buscarei compreender o sendo das pessoas portadoras de distúrbios psíquicos.

A PESSOA PORTADORA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS É SER-AÍ E COMO TAL SE COMPREENDE E SE MOSTRA. É SER DE POSSIBILIDADES. ASSUMINDO SEU MODO DE SER, SEU SENTIDO, SUA DIREÇÃO A PARTIR DO MOMENTO EM QUE É PRE-SENÇA.

“Eu vejo assim em mim agora que eu seria tipo um bandido, um bandido que ainda não foi julgado, quer dizer, não botaram uma pena pra ele ainda, é assim que eu me vejo (...) um bandido que não cometeu ainda um crime, vamos dizer assim muito grave certo? Mas que tá cometendo delitos”. (02)

“Ah, eu sei que eu sou meu, eu sou eu, antes não, eu era trancado em hospício, doido, em casa ouvindo broncas e broncas, daí eu não podia me acudir em silêncio”. (05)

“...eu ainda tenho que conseguir a altura do emocional”. (05)

“...eu acho que eu to bem comigo, agora tem dia que eu me sinto mal comigo mesma”. (07)

“...eu já superei muita coisa, perdi o medo da alucinação, eu sei que não é real, que é só uma imagem, uma visão, não prejudica tanto”. (10)

“...eu me sinto meio discriminado, a gente sente discriminação não sente? Não é como uma pessoa deposição que já se sente mais um pouco melhor (...) sinto de alguns, todos não”. (11)

“...eu sou igual a todos, não sou igual a todos? Eu não me discrimino eu penso que eu sou uma pessoa legal, normal assim, capaz capacitado eu me sinto, tenho capacidade para dialogar, falar, me expressar, isso é importante é um ponto positivo né? Ajuda a conviver com as pessoas, as relações, a auto-estima”. (11)

“...se eu não tomar remédio eu não converso nem com você, não tem papo comigo”. (17)

“...não diferente por causa do rosto, mas diferente na mentalidade (..) eu me relaciono bem comigo e com o meu problema”. (17)

“...eu pra mim eu não tenho esse problema de dizer, ah eu fico triste porque eu tenho uma psicose, eu não fico triste”.(20)

“...alguns têm preconceito mas eu não dou bola pra quem tem preconceito, pra mim faz de conta que não existe”. (20)

“...eu me sinto uma pessoa normal, eu tomo remédio certinho, eu sou uma pessoa normal faço tudo que outra pessoa faz”. (20)

“Bom, eu não me considero maluco mas caiu aqui na C. é maluco, nem que seja um advogado famoso, mas caiu aqui na C. é maluco”. (20)

A NECESSIDADE DE SER ÚTIL, É DESEJADA PELA PESSOA PORTADORA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS QUE CONSIDERA O TRABALHO INDISPENSÁVEL NO SEU COTIDIANO COMO FORMA DE DIGNIDADE E POSSIBILIDADE DE EXISTIR

“...eu tinha sonho de ter uma profissão boa”. (01)

“...eu me sinto uma pessoa bem legal ajudando os outros, podendo ajudar”. (03)

“...eu tenho que voltar a trabalhar, não quero me aposentar, quero trabalhar, ter a minha vida no dia a dia normal, só que eu gosto de trabalhar”. (04)

“...se der certo eu vou trabalhar (...)mas não é só isso, é profissão”. (05)

“Ah, isso aí é ruim né? Bom se vivesse normal, trabalhasse, estudasse”. (10)

“...eu vou no banco receber meu dinheiro, eu vou cortar meu cabelo, pagar luz, água, telefone, vou no super mercado, eu tenho a vida normal”. (11)

“...mas eu tinha gosto de arrumar um serviço aqui, trabalhar fora, porque eu já trabalhei fora de empregada doméstica”. (12)

“...eu fiquei assim nessa situação, eu quero trabalhar mas não dá, não me dão força e eu fico ruim, me sinto parado”. (13)

“...eu queria ter é minha saúde pra dormir tranqüilo, acordar de manhã cedo pra ir trabalhar, o que mais me incomoda é não poder trabalhar, eu fico triste, eu era trabalhador”. (15)

A RELIGIOSIDADE NÃO SIGNIFICA APENAS ALUCINAÇÃO NOS MOMENTOS DE SURTO, MAS PRINCIPALMENTE UMA CRENÇA, UMA ESPERANÇA, UMA FORMA DE AMENIZAR OS PROBLEMAS E ACEITAR A SITUAÇÃO VIVIDA.

“...daí eu fiquei rezando muito, rezando pra mim ficar bom”. (04)

“...acho que a minha vivência em outra vida fez que viesse essa coisa forte que tá entrando e vai me libertando (...) às vezes eu tenho essa fé, vai um certo momento virá mais rápido o lance da libertação”. (05)

“...eu tenho mediunidade, eu tenho muita fé em Maria (..) eu agora me encontro numa vida que está sendo esclarecida por benévolos poderes”. (05)

“...eu leio muito a Bíblia Sagrada, eu vou para a missa, eu ouço o sino bater e vejo também na televisão a cada Domingo”.(11)

ESTANDO INSTITUCIONALIZADO OU NÃO, A PESSOA PORTADORA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS APRESENTA MOMENTOS DE INAUTENTICIDADE, ACEITANDO SUA CONDIÇÃO DE SER

*“Eu me sinto bem (...)eu levanto minha cabeça sigo em frente e nem olho pra trás”.
(04)*

“...não sinto nada”. (04)

*“Eu não tenho nenhum problema com isso, não tenho nenhum trauma assim de ter esse problema de ter que tá consultando o médico sempre, tomando remédio, não tenho trauma nenhum, isso não me afeta em nada”.
(06)*

“Ah, eu me sinto bem assim”. (07)

“Cada um tem que carregar a sua cruz (...) passar por isso é o destino da pessoa, dizem que a gente já nasce com seu destino, uns têm que carregar uma cruz outros têm que carregar outra”. (08)

“...tem que se conformar, Deus deu a cruz que é pra gente carregar, fazer o que, uns têm saúde outros não têm, é a vida”. (08)

“...uma vida normal, viajando, passeando”. (11)

“...eu me sinto bem, eu me sinto bem graças à Deus (...) tudo bem, eu me sinto bem”. (12)

“Não sei, Deus é que sabe, eu acho que ninguém me acha mal (...) talvez não”. (14)

“...hoje eu to mais acostumado, o que terá de ser assim será”. (16)

“...eu me sinto bem”. (17)

“Não, não me incomoda, tenho que tomar bastante”. (19)

“Significa pra mim que eu tive que conviver com o problema, quando eu to bom eu trabalho, quando to doente venho me tratar, é assim”. (20)

“...não, não importa não (...) me sinto bem assim”. (20)

ESTAR-COM O OUTRO INFLUENCIA POSITIVAMENTE NO ESTADO DE SER DA PESSOA PORTADORA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS QUE NECESSITA ESTÁ INSERIDA NA SOCIEDADE EXERCENDO SUA CONDIÇÃO DE CIDADÃ REAFIRMANDO SUA POSSIBILIDADE DE PODER-SER

“...porque é doente a gente não pode sair de dentro de casa, que é isso, a gente vive, tem que viver né”? (03)

“...a minha relação com as pessoas da comunidade é ótima, eu tando na comunidade

pra mim é melhor do que eu tá dentro de casa”.(03)

“eu gostava de arrumar um lugar que desse pra eu arrumar as carteira de aposentadoria e registro (...) eu queria comprar um guarda-roupa, comprar roupa boa pra mim, porque é triste a gente vê os outro fazer compra e a gente não ter nenhum dinheiro pra comprar nada”. (12)

“Um pouco constrangido porque eu queria ser uma pessoa com mais liberdade, tá bem com a sociedade”. (16)

“...mas eu já to legal pra ir pra sociedade”. (17)

*“...eu simplesmente fico triste porque eu não posso tá perto da minha namorada, dos meus parente as pessoa que eu quero bem”.
(20)*

É EVIDENTE A NECESSIDADE QUE A PESSOA PORTADORA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS SENTE DE ENVOLVER-SE AMOROSAMENTE, DE TER AO LADO ALGUÉM QUE RETRIBUA TODO SENTIMENTO CONTIDO EM SEU SER, QUE MOSTRA-SE CONSCIENTE DE QUE SUA CONDIÇÃO O IMPEDE DE VIVENCIAR ESSA EXPERIÊNCIA

“...não tenho plano de casar (...) então eu tinha plano de casar”. (01)

“...eu vou vê se é possível arrumar uma namorada nesse verão, eu tenho assim em sonhos de tá se aproximando a hora de eu encontrar uma mulher (...) eu sei que é isso”. (05)

“Eu tinha um namoradinho galego mas eu não vi mais ele, eu fiquei doente daí não deu mais pra eu vê ele (...) esse meu problema atrapalha um pouco, o cara não vai querer uma pessoa que tá cheia de problema”. (07)

“...tudo enfim poderia me ajudar, acho que o carinho, mas fazer o quê”? (09)

“...porque o amor que eu tinha foi embora, me desprezou, casou com outro Sr., aí eu fiquei sozinho (...) eu fico meio triste na vida porque eu gostaria de estar bem acompanhado”. (14)

“é nunca ter me casado”. (20)

A PESSOA PORTADORA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MOSTRA-SE CONHECEDORA DE SEU PROBLEMA, RECONHECENDO A SUA DOENÇA E SABENDO QUE O SEU ESTADO DE ESTAR MELHOR ESTÁ DIRETAMENTE LIGADO COM O USO CONTÍNUO DE SEUS MEDICAMENTOS, EMBORA NÃO ACEITE ESTA CONDIÇÃO

“...sei que tenho problema, tenho que tratar com esse problema (...) pra mim resolver esse problema eu to tomando medicação direitinho pra eu ficar bom”. (04)

*“...tenho que fazer o tratamento normal”.
(04)*

“Eu apago, fazia loucuras em casa, eu quando to doente eu não tenho noção de nada, eu esqueço tudo e depois quando eu fico boa eu não me lembro de nada”. (06)

“...depois que ele nasceu tive uma depressão, não fiquei mais legal”. (07)

“É, eu fico perturbado não posso facilitar, ficar sem o remédio, tomar remédio pra mim tem que ser a vida toda (...) isso atrapalha porque eu sou doente né? (08)

“...não tivesse essa doença eu não ia ficar aqui, mas sou doente preciso de remédio, tenho que ter médico”. (08)

“...desde lá adquiri o problema e convivo com isso, to me segurando, faço uso dos medicamentos e não vou parar”. (10)

“...não posso esquecer o remédio”. (14)

“...eu sei que o que eu tenho é psicose maníaco depressiva, é isso”. (20)

A DOENÇA TAMBÉM É VISTA COMO UMA CONTENÇÃO, UM FRACASSO DIANTE DA VIDA QUE LEVA A PESSOA PORTADORA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS A SE SENTIR CULPADA, IMPOTENTE E DESESPERADA EM DETERMINADOS MOMENTOS.

“...eu não queria tá assim, eu não queria sentir isso”. (02)

“...eu não me interno porque é ruim internar, eu não gosto (...) me sinto ruim, triste”. (04)

“...qualquer coisa eu me sinto triste, quando chega a tarde, quando começa a anoitecer me sinto triste, triste, tristeza, vontade de chorar, depressão”. (04)

“...me sinto ruim, tão culpado disso”. (04)

“Olha, pra lhe falar a verdade eu me sinto fracassado (...) eu era um cara divertido eu gostava muito das pessoas”. (09)

“Eu vou assim dizer pra senhora me sinto igual uma ave assim sem asas pra voar, fazer

o que, uma fera machucada esquecida na prisão (...) se fosse levar a coisa é capaz de fazer uma bobagem, botar uma bala na cabeça e misturar tudo”.
(09)

“Ah, a relação é ruim porque eu tenho que tá no hospital, tomando remédio, tá no meio de outras pessoas doente, isso aí pode me prejudicar mais ainda”. (10)

“Às vezes eu fico desesperado, eu fico achando que eu to muito doente (...) isso me incomoda porque eu fico dentro de casa, eu não trabalho, bebo, eu não como, eu fico revoltado”. (13)

“Eu até nem sei, pra mim é ruim esse problema, acho que é ruim porque....”. (15)

“...isso é um atraso de vida porque a gente só fica pensando besteira”. (18)

“Tá estragando a minha vida porque me deixou fraco ,fico agressivo em casa, não posso tomar nada”. (19)

A DISCRIMINAÇÃO E O ESTIGMA SÃO REALIDADES QUE ACOMPANHAM A PESSOA PORTADORA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS QUE PREFERE CONTER-SE DEIXANDO DE LANÇAR-SE NO MUNDO E PODER-SER

“...eu não conto pra todo mundo senão eles vão pensar que eu sou.....,não conto porque eu tenho medo que as pessoas comecem a dar risada da minha cara, já vi pessoas dando risada da minha própria cara, falando alto de mim pros outros e eu não gosto, não conto”. (07)

“...eu acho que eles me olham do lado do avesso tá me entendendo? Não me olham assim como uma pessoa direita em condições de trabalhar, arrumar um serviço”. (13)

“....eu nunca me casei porque eu tinha medo que um filho meu herdasse esse problema que eu tenho”. (20)

“...não vai se sentir bem sabendo que tem um pai maluco, não é uma boa idéia pra ele”. (20)

A FAMÍLIA E A SOCIEDADE REPRESENTAM PARA A PESSOA PORTADORA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS O PONTO DE PARTIDA PARA SUA ACEITAÇÃO ENQUANTO PESSOA. ESTAR INTEGRADO, SER VALORIZADO ESTÁ DIRETAMENTE LIGADO COM SUA ESTABILIDADE EMOCIONAL

“ninguém fala nada, eles sabe que eu tenho problema, sabe que eu fui interno”. (03)

“Minha relação com as pessoas é normal, me tratam como sempre me trataram, tudo bem, família, amigos, tudo me tratam normal”. (06)

“...minhas colegas vão lá em casa (...) as minhas colegas não me discriminam”. (07)

“...me dou bem com a minha mãe, tenho mais cinco irmãs e elas me tratam bem, eu trato bem elas, elas conversam comigo”. (07)

“...é boa, eles conversam comigo, a minha família é bem calma ainda bem que eles são calmos, eles dão apoio pra mim, conversam comigo”. (10)

“...eu moro com a mãe, a mãe é viúva, a caçula casou, minha família me adora isso me ajuda, hoje eu tive uma visita da minha prima da Lagoa”. (11)

*“...minha família é boa, me dá apoio”
(13)*

“...eu moro com minha mãe me dou muito bem com ela, é pão e vinho, é carne e osso (...) ô, tu nem queira saber”. (17)

“...não me sinto rejeitado por ninguém, minha família nunca me desprezou, minha namorada sabe que eu tenho esse problema e ela até sempre se preocupa comigo”. (20)

A FALTA DE REFERÊNCIA, A CARÊNCIA DE AFETO E A FALTA DE INTERAÇÃO SOCIAL E FAMILIAR ROMPEM COM A POSSIBILIDADE DE ESTAR-COM O OUTRO NUMA RELAÇÃO DE TROCA

“...mas também sinto a necessidade de amor, de ajuda”. (02)

“O amor que eu queria ter eu não vou ter nunca (...) mãe, irmão (...) tenho mas não tenho amor”. (02)

“...não tem aquilo de ir lá se eu puder te ajudar te ajudo ou pelo menos dá uma palavra”. (02)

“Ah, tudo enfim, não ter casa, não ter família, ter mas não ter, me atrapalha”. (09)

“...não tenho pai, não tenho mãe, não tenho irmão, não tenho ninguém”. (12)

“...a gente tem muito sofrimento porque chega um domingo chega um sábado não tem nenhuma pessoa da família da gente pra vim visitar a gente, nada”. (12)

“...agora os meus irmão não dão muito, ajudam mas não é assim”. (13)

“...eu não tenho mais amigo”. (14)

A POSSIBILIDADE DE ESTAR MELHOR DÁ-SE A PARTIR DO MOMENTO EM QUE A PESSOA PORTADORA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS SE DISPÕE A ULTRAPASSAR SUAS LIMITAÇÕES E CONVIVER BEM COM SEU ESTADO DE ESTAR

“...mas com esse tratamento agora que eu to fazendo, pra mim tudo é normal, to me sentindo bem com esse tratamento”. (03)

“...me sinto assim uma pessoa pra baixo quando eu fico com essa doença aí, mas eu acho que não tem nada haver se eu fizer o tratamento bem feito, eu fiquei bom da outra vez, dessa vez de novo eu vou ficar bom também, to encarando”. (04)

“...é uma alegria muito grande porque a gente consegue Ter o dia a dia da gente melhor”. (04)

“...eu tenho assim me erguido todos os dias”. (05)

“...to no caminho da felicidade, que eu não sei o que é felicidade”. (05)

“...fora a impregnação eu to bem, é pro meu bem então eu vou ter que tomar”. (10)

*“Deus, isso já é uma vitória pra mim”.
(11)*

“Eu to bom, melhor”. (14)

“...eu vejo a coisa de outra forma, uma forma não tanto radical”. (16)

“...agora eu to começando a cair na real e to começando a gostar de uma gata de novo”. (17)

6- DESENVOLVENDO UMA REFLEXÃO FENOMENOLÓGICA HERMENÊUTICA

Este momento do estudo que aqui se inicia é um momento extremamente cauteloso onde, segundo Heidegger (1997), segue certos passos em direção à clarificação da natureza essencial do fenômeno.

Busco, através de uma hermenêutica filosófica, interpretar as unidades de significado reveladas na fase anterior deste estudo. Esta busca se direciona no sentido de compreender a pessoa portadora de distúrbios psíquicos em seu modo de ser enquanto pre-sença.

Este ser que é parte inerente da constituição humana encontra-se inserido no ente de cada pessoa. Ser que caracteriza o ser humano em toda sua essência, existência, pre-sença enquanto ser-no-mundo.

A pessoa portadora de distúrbios psíquicos enquanto ser humano demonstra, dentro de sua cotidianidade, o seu ser através de seu comportamento, através do que ela é e como ela é na realidade.

Basicamente, o que pode ser notado são falas, gestos, comportamentos que retratam o externo, o visível a olho nu. No entanto, o que se busca é a internalização, o caráter de essencialidade, o invisível que pode ser alcançado a partir do momento que a comunicação dialógica, o estar-com, a presença dão permissão para o emergir da transparência do ser.

Compreendo que a pessoa portadora de distúrbios psíquicos tem a **visão de si, conhecendo a si mesma** a partir do momento em que revela sua compreensão existenciária, seu ser-aí-como.

“Ah, eu sei que eu sou meu, eu sou eu, antes não, eu era trancado em hospício, doido, trancado em casa ouvindo broncas e broncas, daí eu não podia me acudir em silêncio”. (05)

“...eu ainda tenho que conseguir a altura do emocional”. (05)

Nesta expressão, a relação consigo mesmo evidencia: transcender no mundo dentro de sua autenticidade ultrapassando o limite que o impedia de ser-presença a partir de sua existência que antes ele não reconhecia. Hoje, essa pessoa manifesta-se como possibilidade de ser, pois “manifestar-se é anunciar-se mediante

algo que se mostra” (Heidegger, 1997. p.16). E o que se mostra é um ente desvelando o seu ser como seu, como ele mesmo é, ex-istindo dentro de sua espacialidade.

A manifestação do fenômeno **espacialidade** relaciona-se e associa-se no discurso das pessoas portadoras de distúrbios psíquicos, que se encontram compensadas, num contexto de espaço interpessoal que se mostra a partir do momento em que ela se reconhece no mundo revelando seu antes, o seu agora e o seu por vir.

Enquanto ser existente em um mundo, a pessoa portadora de distúrbios psíquicos lança-se em busca de possibilidades que a levem a um caminho de reafirmação da sua existência e sua capacidade de ser. Há uma tentativa de mostrar-se enquanto **poder-ser**, que tem autonomia e que pode estar presente com dignidade dentro de seu mundo circundante.

Estar presente, ser pre-sença é o desejo que emerge de sua essência, porém há fatores externos e internos que dificultam este modo de ser.

As falas mostram que deixar de trabalhar significa perder a significância da vida, adormecer a possibilidade de ser-em. O trabalho, o **estar-no-mundo-sendo** é inerente à essência do ser portador de distúrbios psíquicos permitindo que ele exista enquanto ser-no-mundo, pois “sempre e necessariamente realizamos nossa existência na estrutura do ser-no-mundo...enquanto estrutura de realização” (Leão, 1997. p. 19-20)

“...eu tenho que voltar a trabalhar, não quero me aposentar, quero trabalhar ter a

minha vida no dia a dia normal, só que eu gosto de trabalhar”. (04)

“...eu fiquei assim nessa situação, eu quero trabalhar mas não dá, não me dão força e eu fico ruim, me sinto parado”. (13)

“...eu queria ter é minha saúde pra dormir tranquilo, acordar de manhã cedo pra ir trabalhar, o que mais me incomoda é não poder trabalhar, eu fico triste, eu era trabalhador”. (15)

Estar-com o outro adquire um sentido de autonomia a partir do momento em que predomina uma necessidade de liberdade, independência e existência enquanto possibilidade de ser livre para poder-ser mais próprio.

*“...porque eu queria ser uma pessoa com mais liberdade, tá bem com a sociedade”.
(16)*

“...porque a gente é doente não pode sair de dentro de casa, que é isso, a gente vive, tem que viver né? (03)

É que o homem só se realiza na pre-sença...na medida e toda vez que o homem se conquista e assume o ofício de ser....com tudo que ele é e não é, que tem e não tem. (Leão, 1997).

“...a minha relação com as pessoas da comunidade é ótima, eu tando na comunidade pra mim é melhor do que eu tá lá dentro de casa”. (03)

Assim, nesta relação com o outro emerge o ex-sistir, pessoa portadora de distúrbios psíquicos lança-se na ex-istência, buscando não apenas viver ou sobreviver dentro do seu mundo, mas de acordo com Heidegger (1997), dar-se em possibilidades, estar lançada, estar sempre sendo.

Enquanto ser de relação/interação compreensiva a pessoa portadora de distúrbios psíquicos mostra-se inserida com vínculo familiar e social que são percebidos como interações emocionais e interpessoais atingindo um grau de intimidade que influencia na sua estabilidade emocional.

“...minha relação com as pessoas é normal, me tratam como sempre me trataram,

tudo bem, família, amigos, tudo me tratam normal”. (06)

*“...minhas colegas vão lá em casa...as
minhas colegas não me discriminam”. (07)*

*“...não me sinto rejeitado por ninguém,
minha família nunca me desprezou, minha
namorada sabe que eu tenho esse problema e
ela até sempre se preocupa comigo”. (20)*

*“...eu moro com minha mãe, me dou
muito bem com ela, é pão e vinho, é carne e
osso...ô, tu nem queira saber”. (17)*

Essa aproximação/interação com o outro – familiares e amigos – ocorre a partir do momento que o outro vem ao encontro dessas pessoas ao mundo em que elas estão e “são”.

Assim, esse modo de **ser-com os outros**, na vivência cotidiana, mostra uma abertura para compreensão do ser da presença, sendo que essa compreensão, segundo Heidegger (1997), é um modo de ser originalmente existencial...onde o ser-com vive no conhecimento compreensivo do que a pre-sença encontra e do que ela se ocupa na circunvisão do mundo circundante.

Portanto, no **ser-com e para os outros** existe individualmente uma relação entre pessoas, o que para Heidegger (1997), essa relação, pode-se dizer, já é

constitutiva de cada presença própria que possui por si mesma uma compreensão do ser e, assim relaciona-se com a pre-sença.

Porém, essa relação empática adquire também o significado de uma possível **projeção de si mesmo no outro** que está sendo a partir do momento que mostra-se a aberto à compreensão. Apesar de ser uma reflexão que apoia-se em bases pouco sólidas, a relação ontológica com os outros torna-se, pois, projeção do ser próprio para si mesmo “num outro”. O outro é um duplo do próprio. (Heidegger, 1997).

Todavia, essa é uma possibilidade concreta tendo em vista que o ser portador de distúrbios psíquicos está sempre em busca de encontrar a subsistência que mantenha sua autenticidade que nem sempre é percebida, mas que está pre-sente.

Reconhecer o seu modo de ser, seu estado de estar na dependência, surge nas falas a partir do momento que a pessoa portadora de distúrbios psíquicos mostra-se consciente diante de sua condição de depender continuamente de um agente pacificador que proporcione o equilíbrio necessário para con-viver bem em sua totalidade.

Emerge a compreensão de que o seu **estado de ser-estar-melhor** está condicionado a uma situação de dependência direta com a terapia medicamentosa, situação esta que embora tolerada, não é aceita por exercer influência na sua condição de con-viver plenamente dentro do seu “mundo” enquanto caráter de sua própria presença (Heidegger, 1997).

*“...não posso facilitar, ficar sem remédio,
tomar remédio pra mim tem que ser a vida*

toda....isso atrapalha porque eu sou doente né?”. (08)

“...não posso esquecer o remédio”. (14)

“...sei que tenho esse problema, sei que tenho que tratar com esse problema eu to tomando medicação direitinho pra eu ficar bom”. (04)

Por outro lado, surge o entendimento de que a terapia medicamentosa não exerce somente a função de agente atenuante ou repressor, mas também uma expectativa de cura – entendendo que a cura/estado de estar bom significa estar fora da crise/estar compensado.

O despertar para sua condição de estar-no-mundo enquanto portador de distúrbios psíquicos remete para o fenômeno da angústia que emerge nas falas. Associada a essa angústia, surge também, o temor, o desespero e a sensação de impotência.

“Olha pra lhe falar a verdade eu me sinto fracassado...eu era um cara divertido eu gostava muito das pessoas”. (09)

“Eu vou assim dizer pra senhora, me sinto igual uma ave assim sem asas pra voar...uma fera machucada esquecida na prisão...se fosse levar a coisa é capaz de fazer uma bobagem”. (09)

“Às vezes eu fico desesperado, eu fico achando que eu to muito doente...isso me incomoda porque eu fico dentro de casa, eu não trabalho...fico revoltado”. (13)

“Eu até nem sei, pra mim é ruim esse problema, acho que é ruim porque...”. (15)

O compreendido é que a pessoa não sabe com o que ela se angustia realmente. Aparentemente o que a deixa angustiada é a situação em que ela sobrevive, situação de dependência, impotência, carência, contenção do ser, etc. Porém, o que está por trás desse fenômeno é algo que faz parte de um mundo, que segundo Heidegger (1997), é entendido como o contexto “em que” de fato uma pre-sença “vive” como pre-sença. É esta interioridade e o que nela ex-siste que pode está imergido o sentido dessa angústia.

Assim, ao manifestar a sensação de angústia a pessoa assume o temor que sente em relação a sua pre-sença que, no momento do assumir, já encontra-se

exteriorizada. E a tendência é acontecer uma fuga, o retirar-se, baseado num ameaçador que nada mais é do que a própria pre-sença.

A partir do momento que a pessoa toma consciência de sua pre-sença, ela confirma/assume sua condição de ser-no-mundo. Pois, a condição fundamental da pre-sença é ser-no-mundo....e, aquilo com que a angústia se angustia é o ser-no-mundo como tal (Heidegger, 1997).

Justifica-se então, o fenômeno da angústia e conseqüentemente da fuga, pois não se apreende aquilo de que se foge e nem se faz sua experiência (Heidegger, 1997). Fugindo de si mesmo, a pessoa portadora de distúrbios psíquicos não ex-iste e conseqüentemente não é pre-sença, o que a faz permanecer numa condição de inautenticidade.

Porém, o compreendido é que a angústia é real e trás à tona o ser da pre-sença como ser-no-mundo dentro de sua inautenticidade.

E, enquanto ser inautêntico, a pessoa portadora de distúrbios psíquicos convive resignadamente com seu estado-de-ser.

*“...eu me sinto bem eu levanto minha
cabeça sigo em frente e nem olho pra trás”.*

(03)

*“Eu não tenho nenhum problema com
isso, não tenho nenhum trauma....isso não me
afeta em nada”. (06)*

“...tem que se conformar, Deus deu a cruz que é pra gente carregar, fazer o que, uns tem saúde, outros não tem, é a vida”. (08)

“...hoje eu to mais acostumado, o que terá de ser assim será”. (16)

A conformidade emerge nas falas remetendo à interpretação de que este é um querer que emana do seu ser como condição de pre-sença. Esta é uma situação que o remete à possibilidade de poder-ser, pois conformar-se com... indica uma maneira de “ser livre” para as possibilidades propriamente existenciárias....o poder ser é aquilo em função de que a pre-sença é sempre tal como ela é de fato (Heidegger, 1997).

Na medida, porém, em que este ser para o próprio poder-ser acha-se determinado pela resignação, a pre-sença pode ex-istir e relacionar-se no mundo levando este ser a uma totalidade existencial.

Em suma, o fenômeno da resignação surge como o alcance de um sentido que permite à pessoa portadora de distúrbios psíquicos a possibilidade de poder-ser mesmo que resignado.

Heidegger (1997), refere que compreender é o ser existencial da pre-sença de tal maneira que, em si, mesmo, esse ser abre e mostra a quantas anda seu próprio ser.

Nesse mostrar-se, a pessoa portadora de distúrbios psíquicos revela-se enquanto ser discriminado e reservado por entender que é vista de maneira diferenciada. Esta situação faz com que, em determinados momentos, sua existência se limite em um estado de estar.

“...eu não conto pra todo mundo senão eles vão pensar que eu sou...já vi pessoas dando risada da minha própria cara, falando alto de mim pros outros e eu não gosto”. (07)

“...não vai se sentir bem sabendo que tem um pai maluco, não é uma boa idéia pra ele”. (20)

“...eu acho que eles me olham do lado do avesso tá me entendendo? Não me olham assim como uma pessoa direita em condições de trabalhar, de arrumar um serviço”. (13)

O fenômeno da discriminação surge como uma realidade onde a cotidianidade dessa pessoa coloca em jogo o **seu poder-ser mais próprio**, interferindo em seu estado de ser junto ao “mundo” e em seu ser-com os outros (Heidegger, 1997).

O fato de ser discriminado causa receio no lançar-se ao mundo com..., comprometendo o seu estado de ser inibindo o modo de ser da pre-sença, ocorrendo o que Heidegger (1997), chama de simplesmente dado que é o modo de ser de um ente que não possui o caráter da pre-sença.

Porém, apesar do fenômeno da discriminação estar presente, a pessoa portadora de distúrbios psíquicos lança-se na busca de um estado de conforto, em suas crenças que surgem através do fenômeno da religiosidade. É enfático nas falas o valor direcionado à religião.

“...eu leio muito a Bíblia Sagrada, eu vou para a missa, eu ouço o sino bater e vejo também na televisão a cada domingo”. (11)

“...daí eu fiquei rezando muito, rezando pra mim ficar bom”. (04)

“...o espírito que eu acredito é o Espírito Santo da igreja católica...faço cursinho religioso, queria aprender sobre Pai Nosso, sobre Espírito Santo, sobre Cristo”. (03)

Este modo de ser possui um caráter de fé/confiança e compreensão existencial, pois o ser portador de distúrbios psíquicos está numa constante busca de

garantir sua satisfação pessoal e a crença religiosa é um dos mecanismos criados para burlar o seu modo de estar.

Utilizando-se desses mecanismos, a pessoa mostra-se aberta para uma condição de estar melhor, mesmo convivendo com os eternos desafios de vida que precisa enfrentar diariamente.

Emergem falas esperançosas que demonstram uma condição de estar bem numa possibilidade de conviver bem com o seu modo de ser.

“...é uma alegria muito grande porque a gente consegue ter o dia a dia da gente melhor” (04)

“...to no caminho da felicidade, que eu não sei o que é felicidade”. (05)

“Deus, isso já é uma vitória pra mim”.
(11)

Há o entendimento de que esse momento significa uma experiência real, possível de ser vivenciada. É uma situação onde a pessoa portadora de distúrbios psíquicos está num estado de poder-ser, sendo capaz de proporcionar aberturas para si mesma, ou seja, abertura da pre-sença como ser-no-mundo.

Acredito que este é o momento em que a pessoa encontra-se em maior possibilidade de poder-ser, pois o fato de estar consciente do momento de equilíbrio em que se encontra já é por si só um momento de entrega à existencialidade.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje, em plena virada de século, ao olharmos para os caminhos que a psiquiatria já percorreu, podemos dizer que vivemos num momento de transformação de pensamentos e atitudes. As literaturas, a realidade de algumas regiões, determinados grupos de estudo, profissionais de saúde, pesquisadores, buscam redirecionar modos de abordagem, tratamento e relação com as pessoas portadoras de distúrbios psíquicos. Já não era a tempo, pois os escritos, depoimentos, histórias de vida, experiências profissionais são fartos em demonstração de verdadeiros processos de anulação, humilhação e descaracterização enquanto seres humanos que estas pessoas passaram.

Comparado a este passado tão sofredor, vivemos hoje num ambiente aceitável, uma época de atitudes críticas, democrática, de resgate destas pessoas enquanto seres humanos. Porém, ainda é forte a necessidade de um despertar para a solidariedade, o afeto, a compreensão/valorização, estes valores ainda estão em processo de conquista. Quando pudermos aliar estes modo de agir com o outro

poderemos considerar que a psiquiatria está se encaminhando para uma psiquiatria humanizada.

Quando me propus ir em busca da compreensão do sendo da pessoa portadora de distúrbios psíquicos, precisei despir-me de pré-conceitos que poderiam influenciar no meu modo de interpretar os fenômenos que pudesse encontrar. Acredito que consegui, pois apesar de já possuir uma certa experiência junto a esta clientela, dirigi-me à mesma de maneira cautelosa, porém constante em busca de fenômenos e significados.

Depois deste percurso, cheguei a uma posição de que para compreender estas pessoas basta que você re-direcione seu olhar e a veja primeiramente como um ser humano – e não como ente - pessoa capaz de compreender a si mesma e aos outros que estão ao seu redor.

Após lançar-me em busca desta compreensão, aportei em um mundo habitado por pessoas dotadas de uma peculiaridade única, que me fez re-direcionar o olhar para um horizonte iluminado pela sua essência, ex-istência, pre-sença enquanto ser-no-mundo.

A pessoa portadora de distúrbios psíquicos enquanto ser humano demonstra, dentro de sua cotidianidade, o seu ente através de seu comportamento, através do que ela é e como ela é na realidade.

Enquanto ser existente em um mundo, esta pessoa lança-se em busca de possibilidades que a levem a um caminho de reafirmação da sua existência e sua capacidade de ser. Há uma tentativa de mostrar-se enquanto **poder-ser**, que tem autonomia e que pode estar presente com dignidade dentro de seu mundo circundante.

“...eu tenho que voltar a trabalhar, não quero me aposentar, quero trabalhar ter a minha vida no dia a dia normal, só que eu gosto de trabalhar”. (04)

Estar-com o outro adquire um sentido de autonomia a partir do momento em que predomina uma necessidade de liberdade, independência e existência enquanto possibilidade de ser livre para poder-ser mais próprio.

*“...porque eu queria ser uma pessoa com mais liberdade, tá bem com a sociedade”.
(16)*

Essa é uma possibilidade concreta tendo em vista que o ser portador de distúrbios psíquicos está sempre em busca de encontrar a subsistência que mantenha sua autenticidade que nem sempre é percebida, mas que está pre-sente.

Reconhecer o seu modo de ser, seu estado de estar na dependência, surge a partir do momento que a pessoa portadora de distúrbios psíquicos mostra-se consciente diante de sua condição de depender continuamente de um agente pacificador que proporcione o equilíbrio necessário para con-viver bem em sua totalidade.

Dentro desta totalidade emana um ser que permanece num constante estado de alerta, a procura de vida, compreensão, valorização, atenção e reconhecimento de sua capacidade enquanto pessoa. É uma luta de vida diária que ora se estremece, diante das muralhas humanas e/ou de concreto que se dispõe/impõe à sua frente, ora se enaltece diante do incentivo e valorização que recebem das pessoas capazes de compreender seu modo de ser.

Com a realização deste estudo, acredito que consegui desvelar algumas facetas que permeiam o ser das pessoas portadoras de distúrbios psíquicos alcançando uma compreensão capaz de fornecer subsídios para que a Enfermagem venha a realizar uma assistência de qualidade, humanizada, baseada na subjetividade humana. Entendendo que o fazer da Enfermagem Psiquiátrica necessita firmar seu espaço evoluindo seus cuidados para um relacionamento interpessoal de respeito e valorização, mas para que isto ocorra é necessário estar disposto a compreender este ser na sua essência enquanto ser único presente em seu mundo. É preciso olhar para a pessoa portadora de distúrbios psíquicos com um olhar livre, aberto e isento de diferenciação.

Vivenciar essa experiência, proporcionou-me um significativo crescimento como pessoa e como profissional. Apesar de ter como objetivo compreender o sendo da pessoa portadora de distúrbios psíquicos, esta busca fez-me compreender também o ser humano de um modo geral e o porquê de determinados comportamentos e atitudes. Passei por momentos de dificuldade, de angústia, de temor, de desespero, mas também de alegrias, satisfações e conquistas que me

proporcionaram chegar até aqui e entender o quanto foi gratificante poder estar com estas pessoas.

Acredito que toda essa trajetória só veio reafirmar minha crença no homem, no ser humano, confirmando que dentro da subjetividade de cada um está inserida uma pre-sença que precisa ser estimulada/incentivada para dar evasão à essência que habita em cada um de nós

Os resultados que alcancei fizeram-me entender que trabalhar com este referencial filosófico – a fenomenologia – junto a psiquiatria resultou numa experiência única. Acredito que esta parceria consolidou uma ampla abertura para compreensão, esclarecimentos e desmistificação da pessoa portadora de distúrbios psíquicos.

Os pensamentos de Heidegger remeteram-me para uma necessidade de ir além no meu modo de ver e compreender a pessoa portadora de distúrbios psíquicos, bem como entender o porque de determinadas atitudes de alguns profissionais e alunos. Houve um despertar para algo além daquilo que eu propus fazer neste estudo.

Percebi que um dos principais motivos que remetem os cuidadores em psiquiatria à desmotivação, questionamento, ansiedade, dificuldade de relação profissional-cliente, é o desconhecimento. Quase sempre não se sabe quem é aquela pessoa portadora de esquizofrenia, o que se sabe é que é mais um doente que ora encontra-se alucinado, ora alheio à realidade, ora agressivo. Tentar interpretar seus momentos, procurar saber quem é essa pessoa, o que ela pensa de si, isso é praticamente inexistente, a ênfase nas patologias continua sendo bastante enfatizada.

Quanto ao aluno, este sai para campo de estágio com a impressão de que existe alguém diferente composto apenas por sinais e sintomas de distúrbios mentais bizarros.

A partir dessa interpretação, entendo que se o tanto o docente quanto o discente tem a oportunidade de conhecer o outro lado, propondo-se ir além das características patológicas, irão proporcionar para si e para outros a descobertas de pessoas ricas em sentimentos, pessoas comuns como qualquer outra e que muitas das é capaz de compreender a si mesmo e que por trás de um distúrbio existe alma, calor, vida, **essência**.

É neste sentido de descoberta que vejo a fenomenologia como aliada na mudança de comportamento tanto de profissionais, alunos, família e sociedade em geral, chegando na compreensão da existência humana independente da situação que as pessoas estejam vivenciando.

Para que isto possa vir a ser real, espero que os resultados deste estudo passe a ser uma realidade na nossa prática de vida diária, mas para isso faz-se necessário que este não limite-se apenas no meio acadêmico, mas que chegue ao alcance de familiares e sociedade em geral na expectativa que nos leve a uma reflexão diante da qualidade da assistência que estamos prestando à clientela que necessita de auxílio, bem como aos ensinamentos que se está repassando àqueles que buscam conhecimento. Pois, o ser-aí é para ser compreendido, não para ser serceado.

Acredito que o novo sempre causa desconfiança/preocupação à primeira vista, porém, o desejo da descoberta é o que nos impulsiona a desvelar o desconhecido e, depois que chegamos num determinado ponto é gratificante saber que você cresceu e

proporcionou crescimentos com essa descoberta. É assim que me vejo hoje, mais segura, amadurecida, compreendendo melhor o porquê do comportamento do ser humano, e com os pés mais firmes para continuar caminhando por estes caminhos que já se mostram mais confortáveis de seguir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, M. G. G. Movimento de Saúde Mental: Trajetória e Futuro. In: **47º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. 1995. Goiás. Anais. p. 147-159.

ALVES, R. **Filosofia da Ciência**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

AMARANTE, P. Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na reforma psiquiátrica. **Saúde em Debate**, n.45, p.43-46, dez. 1994.

_____ Asilos, Alienados e Alienistas. Pequena História da Psiquiatria no Brasil. In: **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ARAÚJO, C. E. de. e OLIVEIRA, M. F. V. de. **Sistematização da assistência de enfermagem no sib**: uma necessidade sentida. Belém, 1995. Monografia (Graduação em Enfermagem e Obstetrícia). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Pará.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BEZ, et al. **Proposta de atuação e funcionamento de centro de atenção psico-social CAPS**. Florianópolis: Polígrafo, 1997.

BEZERRA Jr., B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: **Cidadania e loucura - Políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1990.

BICUDO, M. A. V. Sobre a fenomenologia. In: **Pesquisa qualitativa em educação**. Piracicaba-SP: Unimep, 1994.

- BRASIL. Portaria 224 de 29 de jan. de 1992. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 de jan. de 1992. Seção 1.
- BUBER, M. **História do existencialismo e da fenomenologia**. São Paulo: E.P.U/EDUSP, 1975. v. 2.
- CAPALBO, C. Alternativas Metodológicas de Pesquisa. In: **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**. 3, 1984. p.130-156.
- CARVALHO, A. S. **A Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir, 1987.
- CHANLAT, J. F. et al. **O indivíduo nas organizações: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1992 e 1996. v.1 e v.2.
- CORRÊA, J.M. **Um estudo jurídico e político sobre saúde mental**. Florianópolis, 1996. Tese (Doutorado em Direito). Centro de Ciências Jurídicas. Universidade Federal de Santa Catarina.
- DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia**. São Paulo: Moraes, 1992.
- DELGADO. P.G.G. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 35, jul.1992. p.82.
- ERDMANN, A. L. **Sistema de cuidados de enfermagem**. Pelotas-RS: Universitária/UFPeL, 1996.
- FERREIRA, A B. **Dicionário Aurélio básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.
- FINI, M. I. Sobre a pesquisa qualitativa em educação que tem a fenomenologia como suporte. In: **Pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Unimep, 1994.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

FREUD, S. Pulsions et destins pulsions. In: **Methapsychologie**. Paris: Gallimard, 1968.

GELAIN, I. **O Significado do "êthos" na consciência ética do enfermeiro em suas relações de trabalho**. São Paulo. 1991. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da USP. Universidade de São Paulo.

GILES, T. R. **História do existencialismo e da fenomenologia**. São Paulo: E.P.U/EDUSP, 1975.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Trad. de Márcia de Sá Cavalcante. Parte 1. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1997. (Coleção pensamento humano).

_____. **Sier y el Tiempo**. Mexico: Fondo de Cultura Economica, 1967.

Hospital de Colônia Sant'ana. **Relatório estatístico anual**. São José-SC, 1994 (mimeografado).

KOLB, L. C. **Psiquiatria Clínica**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

LEÃO, E. C. Apresentação. In: HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Parte 1. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

Logos Enciclopédia Luso Brasileira de Filosofia. São Paulo: Verbo, 1989.

LUZ, M. T. Apresentação. In: MIRANDA, C.L. **O parentesco e o imaginário**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1994.

MARRINER, A. **Modelos y teorías de enfermería**. Barcelona: Rol, 1989.

MARTINS, J. **Um enfoque fenomenológico do currículo: Educação como Poiesis**. São Paulo: Cortez, 1992.

MARTINS, J.; BOEMER, M.; e FERRAZ, C. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. **Rev. Esc. Enf. da USP**, São Paulo, v. 24. n.1, p. 139-147, abr. 1990.

MARTINS, J., BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes/EDUC, 1989.

_____. **Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação**. São Paulo: Moraes, 1983.

MINAYO, M. C de S. Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social. In: **Pesquisa social teoria, método e criatividade**. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

MIRANDA, C. L. **O parentesco imaginário**. Rio de Janeiro: Cortez/ UFRJ, 1994.

OPS/OMS. Reestructuración de la atención psiquiátrica; bases conceituais y guias para su implementación: **Memorias de conferencia regional para estructuración psiquiátrica en Caracas**. Washington, 1990.Seção 1.

ORNELLAS, C. P. **O paciente excluído história e crítica das práticas médicas de confinamento**. Rio de Janeiro: Revan, 1997.

RIBEIRO, P. R. M. **Saúde mental: dimensão histórica e campos de atuação**. São Paulo: E.P.U., 1997.

SANTÍN, S. Ética e Sensibilidade. In: **Seminário Internacional de Filosofia e Saúde**. Florianópolis-SC: Anais, 1994.

SCHNEIDER, J. F., VALLE, E. R. M. do. **O ser esquizofrênico e a retomada do tempo - estudo fenomenológico**. São Paulo: ABDR, 1996.

SIMÕES, S. M. F. e SOUZA, I. E. de O. O método fenomenológico heideggeriano como possibilidade na pesquisa em enfermagem In: **Revista Texto e Contexto UFSC - Filosofia na Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.3, p.55. set./dez, 1997.

TRAVELBEE, J. **Intervencion en enfermeria psiquiatrica: El proceso de la relacion de persona a persona**. Colômbia: Carvajal, 1979.

WAIDMAN, M. A. P. **Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental**. Curitiba.1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal do Paraná.

ANEXOS

DESCRIÇÃO SINGULAR	UNIDADES DE SIGNIFICADO
<p>Lucas (SER Portador de Distúrbios Psíquicos)</p> <p>Lucas tem 25 anos, quase 26, já foi internado quatro vezes. <i>“Tudo começou de repente, eu não sei se é por causa de uma doença que eu tenho, que é uma tendência de eu ter essa doença ou se foi porque eu usei maconha algum tempo e cocaína umas três ou quatro vezes eu acho”. “Aí eu comecei a ouvir vozes como tem muita gente que ouve, eu não sei, porque tem muita gente que ouve vozes e que nunca usou droga”</i>. A partir daí, Lucas teve sua primeira crise, mas informa que não se internou logo ficando uns seis meses para procurar ajuda. <i>“Aí eu só desisti do meu trabalho e fiquei em casa, não tinha mais entusiasmo para trabalhar”</i>. Quando tu fostes internado, tu tivestes alguma melhora? <i>“Não, exatamente, eu precisei continuar tomando o remédio”</i>. O que é que tu sentes quando tu és internado? <i>“É paranóia bem forte, ouço vozes e uma <u>sensação de ser uma pessoa, um enviado sobre religião (...)</u> eu estudo a religião católica, eu acredito na religião católica, então eu sei que é Jesus, Maria, eu sei como é a religião, só que acho que a cabeça fica fraca e <u>aí vem essas paranóia de missão, essas coisas</u>”</i>. <i>“Ser internado é bom porque a gente fica tempo e esquece que é doente e aí pensa só nas paranóia...e a gente vê todo mundo com a mesma doença lá, e é uma doença não é um defeito...e aí toma remédio depois volta pra casa. Agora já faz quase um ano que eu não me internei, mas eu nem quero mais ser internado. Como tu te sentes tendo esse tipo de problema? “Ah, é ruim porque eu não posso, <u>não tenho plano de casar</u> porque depois vem os filhos, então eu prefiro....., é só esse o problema, o detalhe é esse porque até os 19 anos eu tinha uma saúde normal, então <u>eu tinha sonho de casar, de ter uma profissão boa</u> e agora esse sonho terminou é esse o detalhe”</i>.</p>	<p>ser religioso / misticidade</p> <p>misticidade</p> <p>necessidade de envolvimento amoroso</p> <p>necessidade de ser útil/ex-istir</p>
DESCRIÇÃO SINGULAR	UNIDADES DE SIGNIFICADO
<p>Simão (SER Portador de Distúrbios Psíquicos)</p> <p>Simão trabalha como segurança em uma instituição pública, tem 30 anos, é casado e pai de filhos. No início do diálogo, Simão pediu que não fosse gravado. <i>“Eu não quero que você grave ainda, eu primeiro quero conversar um pouco, preciso conversar com alguém”</i>. Simão precisava de alguém que o escutasse para poder colocar para fora tudo o que estava sentindo naquele momento. depois de um determinado tempo ouvindo seu desabafo iniciei a gravação. O que significa para ti estar nessa condição? <i>“Eu não queria tá assim, eu não queria <u>sentir isso, mas isso eu acho que é recordação, essa vontade de matar os outros de faca, eu vi muita gente morrendo na minha frente, apanhava ,coisas assim que faziam comigo eu to repetindo”</u>”</i>. <i>“Eu vejo assim em mim agora que eu seria</i></p>	<p>não aceitação da doença</p>

<p><i>tipo um bandido, um bandido que ainda não foi julgado, quer dizer, não botaram uma pena pra ele ainda, é assim que eu me vejo (...) um bandido que não cometeu ainda um crime vamos dizer assim muito grave certo? mas que tá cometendo delitos, só que não teve o julgamento (...) mas também sinto a necessidade de amor, de ajuda, eu sinto mas também não culpo porque é brabo você ganhar um tapa num dia e no outro dia você pedir amor, é brabo. “A pessoa que tem mais me ajudado, mesmo que eu acho que não é o suficiente, mas também eu não sei se eu to exigindo muito, é a minha esposa”. “Eu já tive pensando nossos momentos de felicidade, que não existe felicidade eterna só momentos, no meu modo de ver, eu acho que são poucos os nossos momentos de felicidade, eu tive pensando assim se o mais certo não era eu deixar ela, deixar os filhos, sair, porque na verdade todos, todo conjunto sofre, eu causeo sofrimento a eles e quem sabe se de repente mais tarde eles não vão tá do jeito que eu to e até pior”. O que a tua esposa falou sobre essa tua idéia? “Ela disse que isso não seria a solução, eu taria fugindo do problema, aí eu disse, mas pelo menos vocês param de apanhar, param de sofrer, vocês sofrem por uma coisa mas não sentem a dor na pele, assim vamos dizer, a dor física”. “O amor que eu queria ter eu não vou ter nunca”. E que amor é esse? “Mãe, irmão”. Não tens irmão? “Tenho, mas não tenho amor, essa semana teve uma irmã minha aí”. Como é o relacionamento de vocês? “É tudo por interesse, se a gente tá na pior eles tratam de agarrar o pé e ir embora (...) não tem aquilo de ir lá como é que tá Simão se eu puder te ajudar te ajudo ou pelo menos dá uma palavra”. Neste momento, Simão para de falar, fica pensativo e depois de algum tempo começa a lembrar de como sua mãe o tratava. “Houve uma época que no dia dos pais eu escuto assim meus filho me chamar pai eu não fico contente, quando eu vejo eles tudo agarrado na mãe igual igual pinto do lado da galinha, eu fico lá no canto pensando assim: eles gostam tanto da mãe né? Eu quando ia abraçar a mãe, a mãe dizia que eu era tarado que eu ficava me esfregando nela, que eu tinha que arrumar uma mulher. É que eu era muito carinhoso, eu gosto muito de deitar no colo, de abraçar, de beijar, mas sem intenção, que eu respeito, não sou vagabundo. Ela achava que, eu tinha meus 14/15 anos, eu tinha que arrumar uma mulher pra me esfregar e não que eu ficasse me esfregando nela”. E o que tu sentes hoje pela tua mãe? “Hoje eu não sei o que eu sinto pela minha mãe, ela é viva mas se eu vejo ela fico ruim, se eu vê ela agora eu fico pior do que eu to, cada vez que eu vejo fico ruim”. Nesse momento Simão refere que está ruim e que se tivesse vaga para ele se internar ele gostaria. “Eu queria sabe porque? Eu vou pra casa tomo o remédio, se eu fico deitado aí dizem: olha, desse tamanho só fica deitado, levanta, levanta a moral, vamos rezar. Eu to lá quietinho de repente dá uma choradeira né? Aí ela diz – a esposa – tá chorando de novo, que é que é isso? Mas é que eu vejo esse vulto, eu sinto assim que eu to aqui eu sei que tem alguma coisa atrás de mim”.</i></p>	<p>compreensão existenciária</p> <p>carência/necessidade de afeto</p> <p>culpabilidade</p> <p>necessidade de afeto/vínculo familiar/amor</p> <p>necessidade de vínculo familiar</p>
---	---

DESCRIÇÃO SINGULAR	UNIDADES DESIGNIFICADO
<p>Pedro (SER Portador de Distúrbios Psíquicos)</p> <p>Pedro inicia o diálogo dizendo que começou seu problema de saúde entre os 13/14 anos, hoje já está com 32 anos. Conta que no começo seu pai não conhecia a doença, ele trabalhava no interior e quando soube que Pedro estava internado foi o fim do mundo, pegou um taxi e o retirou da instituição onde estava hospitalizado. <i>“Se ele pensasse mais um pouco, se ele pensasse como hoje eu penso (...) se fosse meu filho eu deixaria lá para fazer o tratamento, quem sabe se eu fizesse o tratamento naquele tempo, hoje eu não podia nem tá tomando nem remédio mais”</i>. Pedro fala que <u>o levaram para o candomblé pensando que ele iria melhorar</u>, <i>“eu sou francamente em dizer espírito eu não acredito, o espírito que eu acredito é o Espírito Santo da igreja católica, nesse eu acredito mas noutra não”</i>. <i>“Depois disso eu sem remédio eu fiquei assim, me deu um retardamento, só queria ficar em casa, não tinha vontade de fazer nada, ouvia vozes, via vultos, isso aí acho que foi assim da mente, às vezes até hoje eu to passando por um lugar eu tenho que parar pra pensar onde é que eu to, eu fico meio desorientado, mas com esse tratamento agora que eu to fazendo pra mim tudo é normal, to me sentindo bem com esse tratamento”</i>. O tratamento que José se refere é o tratamento ambulatorial juntamente com o medicamentoso, pois este já teve 16 internações, <i>“passei maior tempo no hospital do que em casa”</i>. Como é que tu te sentes lá dentro, no hospital? <i>“Me sinto bem, como tratamento sim, pra passar até um mês no máximo, depois eu já quero ir embora, mas hoje pra mim se fosse dizer assim, não hoje tu tem que te internar aí eu digo interna porque lá dentro eu to bem cuidado, o pessoal me quer bem”</i>. E hoje como é que está sua vida, o que é que tu estás fazendo? <i>“No momento eu faço cursinho religioso toda segunda-feira, o que eu mais queria aprender é sobre Pai Nosso, Espírito Santo, sobre Cristo”</i>. E o trabalho? <i>“Eu não tenho mais condições de trabalhar, trabalhar eu tenho assim em casa, ajudar minha mãe, assim um servicinho</i>. Como é o teu relacionamento com a tua família? <i>“Somos parente, um tem que ajudar o outro, não é só na hora do bem bom, antigamente eles não me compreendia, mas hoje em dia meu Deus do céu e desde que eles passaram a me compreender eu me sinto bem melhor, me sinto mais seguro (...) antes era aquela cobrança aí que tu não podia sair pra lugar nenhum não sei o que (...) porque é doente a gente não pode sair de dentro de casa que é isso, a gente vive tem que viver né? Eu me sinto como outra pessoa qualquer, mas só com o tratamento direitinho bebida nem pensar, só refrigerante, agora eu fumo que nem um condenado</i>. A que tu relacionas esse teu problema mental? <i>“Esse problema foi agravando desde criança, antigamente os pais eram mais rude, o pai dizia, eu vou curar tua memória, pegava uma açoitera e vapt, vapt, aqui tu vai sarar, a minha mãe também falou que a gravidez dela foi muito nervosa (...) quando eu to em crise me dá um bloqueio mental, uma confusão mental, aí eu troco tudo, eu</i></p>	<p>misticidade</p> <p>ser religioso</p> <p>condição de estar-melhor</p> <p>religiosidade</p> <p>necessidade de re-inserção social/estar com conscientização</p>

<p>vejo as pessoas assim, na minha constituição de pensamento, eu vejo assim antes do paraíso eu já tive aqui e to voltando de novo, então eu vejo as pessoas antigas andando pelas ruas, as pessoas normal né? <u>Eu vejo que eu to a um passo da eternidade</u>, eu digo também, amanhã já tarei num outro mundo, a minha cabeça reage dessa maneira”. “Quando me dá esse negócio eu falo pra mãe, não, eu acho que o tratamento já não tá dando eu vou me internar porque eu to sentindo isso, aquilo, daí ela chama os militares, eles me levam e me internam”. Como tu te sentes vivendo nessa condição? <u>“Eu me sinto bem, primeiro eu tinha muito medo que alguém tava sempre procurando atrás de mim, que eu ia ser preso em qualquer lugar assim (...) hoje eu sinto segurança, eu sei que eu to bem, que eu não devo nada pra ninguém, eu levanto minha cabeça, sigo em frente e nem olho pra trás, no passado o medo que eu tinha eu não tenho mais. Sentir medo porque se a gente não deve nada? E como é a tua relação com as pessoas? “A minha relação com as pessoas da comunidade é ótima, eu tando na comunidade pra mim é melhor do que eu tá dentro de casa, ninguém fala nada, eles sabem que eu tenho problema, sabem que eu fui interno tudo (...) eu me sinto uma pessoa bem legal ajudando os outros, poder ajudar”.</u></p>	<p>misticidade</p> <p>aceitação</p> <p>aceitação/resignação</p> <p>necessidade de re- inserçãosocial/estar-com compreensão</p> <p>necessidade de ser útil/ex-istir</p>
<p>DESCRIÇÃO SINGULAR</p>	<p>UNIDADES DE SIGNIFICADO</p>
<p>João (SER Portador de Distúrbios Psíquicos)</p> <p>João inicia o diálogo relatando que o seu problema teve início desde o momento em que fez uma cirurgia no joelho E – <u>“daí eu fiquei rezando muito, rezando muito pra eu ficar bom”</u>. João diz que nunca foi internado, que fica sempre em casa com sua mãe – <u>“eu não me interno porque é ruim internar, eu não gosto, a minha mãe cuida de mim”</u>. Quando tu não está bem, como é que tu te sentes? <u>“Me sinto ruim, triste, tudo o que eu escuto, qualquer música da rádio ou qualquer coisa eu me sinto triste, quando chega a tarde e começa a anoitecer me sinto triste, tristeza, vontade de chorar, depressão”</u>. Como é que tu te sentes sabendo que tens um distúrbio psíquico? <u>“Me sinto ruim, me sinto tão culpado disso, sei que tenho problema, tenho que tratar com esse problema eu to tomando medicação direitinho pra eu ficar bom não é? porque senão não adianta , eu tenho que voltar a trabalhar, minha mãe diz: é, tens que te aposentar, não quero me aposentar quero trabalhar ter a minha vida no dia a dia normal, só que eu gosto de trabalhar”</u>. Como é que tu te sentes sabendo que tens que tomar os remédios para sempre? <u>“Não sinto nada, tenho que fazer o tratamento normal (...) me sinto assim uma pessoa pra baixo quando eu fico com essa doença aí, mas também eu acho que não tem nada haver se fizer o tratamento bem feito, eu fiquei bom da outra vez, dessa vez de novo eu vou ficar</u></p>	<p>ser religioso</p> <p>não aceitação</p> <p>descontrole</p> <p>culpabilidade/não aceitação tratamento/conhecimento sobre a doença</p> <p>necessidade de ser útil/ex-istir</p> <p>aceitação</p> <p>conhecimento/tratamento possibilidade para estar melhor</p> <p>condição de estar-melhor</p>

<p><i>bom também to encarando</i>". Como tu estás te sentindo hoje? <i>"É uma alegria, uma alegria muito grande porque a gente consegue ter o dia a dia da gente melhor"</i>.</p>	
<p style="text-align: center;">DESCRIÇÃO SINGULAR</p>	<p style="text-align: center;">UNIDADES DE SIGNIFICADO</p>
<p style="text-align: center;">Tomé (SER Portador de Distúrbios Psíquicos)</p> <p>Ao iniciarmos o diálogo, Tomé pediu que no primeiro momento não fosse gravado o que iríamos conversar. Depois de algum tempo, após seu consentimento, iniciei a gravação perguntando à ele: Como estás te sentindo hoje? <i>"Eu estou hoje em dia assim numa fase de aguardo, uma fase assim que me acompanha e que está próxima assim do meu libertar de doença" (...)</i> <i>"eu sei quem eu sou, acho que minha vivência em outra vida fez que viesse essa coisa forte que tá entrando e vai me libertando, até um certo momento em que virá assim uma recuperação total, eu tenho me erguido muito todos os dias"</i>. E o que está te ajudando, te fazendo erguer? <i>"Ah, eu sei que eu sou meu, eu sou eu, antes não, eu era tratado em hospício, doido, em casa ouvindo broncas e broncas, daí eu não podia me seguir em silêncio, eu tinha aquele aperto que ainda tenho, mas aí to sendo liberto, tá mais amenizado, tá se amenizando aos poucos ou até mais rápido, às vezes eu tenho essa fé, vai um certo momento virá mais rápido os lance de libertação, (...) to no caminho da felicidade, que eu não sei o que é felicidade"</i>. E o que te faz acreditar nisso? <i>"Eu tenho mediunidade, não sei se é isso, eu si que me dá claros na minha cabeça, é de Maria, mãe de Jesus, eu tenho muita fé em Maria, eu sinto que ela tá tramando atos com todas as pessoas que ela se dá bem, que ela ajuíza, que ela sabe que Deus dá valor no caso pra mim"</i>. <i>"Eu vejo que eu to na dependência disso" (...)</i> <i>"eu agora me encontro numa vida que está sendo esclarecida por benévolos poderes, quer dizer passou aquela aflição que eu tinha, eu ainda me sinto meio inseguro mas eu estou sendo aos poucos acalmado, eu inclusive se der certo eu vou trabalhar" (...)</i> <i>"eu ainda tenho que conseguir a altura emocional, eu queria tanto isso, uma novidade"</i>. E que novidade seria essa? <i>"Eu não sei ainda, uma coisa grande que mudasse (...) olha a minha barba agora eu estou com isso e isso faz parte da minha personalidade, não quero nunca mais cortar, a não ser se eu casar, eu vou ver se é possível eu arrumar uma namorada nesse verão, eu tenho assim em sonhos de tá se aproximando a hora de eu encontrar uma mulher"</i>. Será que não é isso a novidade, esse momento grande que você quer que aconteça? <i>"Eu sei que é isso, mas não é só isso, profissão"</i>.</p>	<p>misticidade</p> <p>possibilidade para estar melhor</p> <p>compreensão existenciária</p> <p>possibilidade para estar melhor</p> <p>possibilidade para estar melhor</p> <p>misticidade</p> <p>religiosidade</p> <p>misticidade</p> <p>necessidade de ser útil/ex-istir</p> <p>compreensão existenciária</p> <p>necessidade de envolvimento amoroso</p> <p>necessidade de ser útil/ex-istir</p>

DESCRIÇÃO SINGULAR	UNIDADES DE SIGNIFICADO
<p style="text-align: center;">Sarah (SER Portadora de Distúrbios Psíquicos)</p> <p>Sarah, inicia o diálogo dizendo que após uma cirurgia no cérebro de onde tirou dois coágulos passou a Ter problemas psiquiátricos, foi quando começou a se tratar. <i>“Fui internada várias vezes, duas no I.S.J e duas na C.S., quatro vezes”</i>. O que acontece com você? <i>“Eu apago, fazia loucuras em casa eu quando eu to doente eu não tenho noção de nada, eu esqueço tudo e depois quando eu fico boa eu não me lembro de nada (...) não fico agressiva, não como, não tomo remédio, não tomo banho, não troco roupa, enquanto eu fico assim eu fico variada, fico fora de mim. E o que significa para você ter esse problema? “Eu não tenho nenhum problema com isso, não tenho nenhum trauma assim de ter esse problema, de ter que tá consultando o médico sempre, tomando remédio, não tenho trauma nenhum”</i>. E como é sua relação com as pessoas, sua família? <i>“Minha relação com as pessoas é normal, me tratam como sempre me trataram, tudo bem, família, amigos, tudo tratam normal, mesmo tendo esse problema eu me sinto bem, isso não me afeta em nada”</i>.</p>	<p>conhecimento sobre adoença</p> <p>aceitação/resignação</p> <p>compreensão/interação social</p> <p>aceitação</p>
DESCRIÇÃO SINGULAR	UNIDADES DE SIGNIFICADO
<p style="text-align: center;">Maria (SER Portadora de Distúrbios Psíquicos)</p> <p>Maria relata que semanas após o parto de seu filho, não conseguia dormir, não tinha vontade de sair de casa – <i>“depois que ele nasceu tive uma depressão, não fiquei mais legal porque eu não conseguia dormir de noite”</i>. Tu já fostes hospitalizada? <i>“Já fui internada três vezes, a mãe levou e disse que eu não tava boa, só que eu tomava remédio”</i>. Como tu te sentes tendo esse problema? <i>“Ah, eu me sinto bem assim, eu acho que eu to bem comigo, agora tem dia que eu me sinto mal comigo mesma, vontade nem, só vontade de morrer, daí eu vou me deitar, durmo, ou procuro escrever, fazer alguma coisa, copiar receita, alguma coisa eu sempre faço”</i>. E como é o teu relacionamento com as pessoas? <i>“Eu me relaciono bem assim, mas eu não conto pra todo mundo senão eles vão pensar que eu sou....., não conto porque eu tenho medo que as pessoas comecem a dar risada da minha própria cara, já vi pessoas dando risada da minha cara, falando alto de mim pros outros e eu não gosto, não conto(...) minhas colegas vão lá em casa, minhas colegas não me discriminam, mas tem pessoas que falam, eu fico sabendo eme dá vontade de falar umas coisas, eu fico com raiva aqui dentro de mim, eu não sou de guardar mágoa de ninguém, mas eu fico com raiva, me sinto mal”</i>. E a tua família? <i>“Me dou muito bem com a minha mãe, tenho mais cinco irmãs e elas me tratam bem, eu trato bem elas, elas conversam comigo, quando elas podem me dão uma palavra de ajuda, só que elas quase</i></p>	<p>conhecimento sobre a doença</p> <p>resignação</p> <p>medo da discriminação</p> <p>compreensão/interação social</p> <p>interação familiar</p>

<p>não tem tempo de tá atrás de mim. E o teu relacionamento pessoal? <u>“Eu tinha um namoradinho galego mas eu não vi mais ele, eu fiquei doente daí eu não pude mais vê ele (...) esse meu problema atrapalha um pouco porque eu saio não posso beber nada, aí o meu namorado bebia mas eu não contei nada pra ele da minha vida, eu não podia, isso me atrapalha um pouco. Como tu o conhecestes? “Conheci ele no baile de sábado que começa às 18:00h. e termina às 22:30h., é um horário bom pra mim, porque antes de eu ter meu filho eu amanhecia nos baile, eu não tinha problema de nada, eu amanhecia dia e ia trabalhar, eu cuidava de duas meninas, fazia tudo, mas comecei a apresentar atestado aí eu sai”. Então tu achas que o teu problema te atrapalha de manter um relacionamento amoroso? <u>“Atrapalha, o cara não vai querer uma pessoa que tá cheia de problema”</u>. E tomar o remédio para sempre? <u>“Me incomoda, eu penso que mais tarde eu vou parar de tomar esse remédio eu vou ficar melhor, eu acredito”</u>”.</u></p>	<p>necessidade de envolvimento amoroso</p> <p>necessidade de envolvimento amoroso</p> <p>não aceitação</p>
<p style="text-align: center;">DESCRIÇÃO SINGULAR</p>	<p style="text-align: center;">UNIDADES DE SIGNIFICADO</p>
<p style="text-align: center;">Marcos (SER Portador de Distúrbios Psiquiátricos)</p> <p>Sr. Marcos é uma pessoa com distúrbio psíquico crônico, encontra-se institucionalizado há mais de 30 anos. Já perdeu seu vínculo familiar dizendo apenas que só tem alguns conhecidos. Como está sendo estar aqui para o Sr.? <u>“Às vezes tem época que eu to bom, tem época que eu to ruim, tem vez que eu pioro, tem vez que eu melhoro, hoje eu to melhor”</u>. O que o Sr. pensa sobre o seu problema? <u>“Cada um tem que carregar a sua cruz, nasceu, não sabe se trabalha se fica doente, é a cruz que a gente tem que carregar (...) passar por isso é o destino da pessoa, dizem que a gente já nasce com seu destino, uns tem que carregar uma cruz, uns tem que carregar outra”</u>. Essa situação lhe incomoda? <u>“É eu fico perturbado não posso facilitar, ficar sem remédio, tomar remédio pra mim tem que ser a vida toda”</u>. E o que o Sr. pensa sobre ter que tomar remédio a vida toda? <u>“Eu não me incomodo, eu preciso, necessito tomar o remédio, eu mesmo sei que eu sou doente e eu necessito tomar o remédio e tem que se conformar, Deus deu a cruz que é pra gente carregar, fazer o quê, uns tem saúde outros não têm, é a vida”</u>. E toda essa situação o incomoda? <u>“Isso atrapalha porque eu sou doente né? Quando eu ia pra casa meus irmão dizia assim: pô Antonio estás doente tudo, porque tu sai não fica no hospital, fica passando trabalho (...) meus irmãos têm muitos filhos e não dá pra eu morar com eles, então tenho que ficar por aqui mesmo, eu não vou mais embora (...) eu não posso mais sair porque nem sei mais andar na rua, se eu não fosse doente, não tivesse essa doença eu não ia ficar aqui, mas sou doente, preciso de remédio, tenho que ter médico.</u></p>	<p>aceitação/resignação</p> <p>conhecimento sobre a doença/tratamento</p> <p>resignação</p> <p>conscientização</p> <p>conscientização</p>

DESCRIÇÃO SINGULAR	UNIDADES DE SIGNIFICADO
<p>Abel (SER Portador de Distúrbios Psíquicos)</p> <p>Sr. Abel no momento está hospitalizado há mais de três anos, refere que desde que entrou no hospital psiquiátrico recebeu algumas visitas de sua mulher que o abandonou definitivamente, arrumou outro parceiro e não veio mais vê-lo. Sua família é de um outro Estado muito distante e desde que saiu de casa não teve mais notícias. Como é que o Sr. está se sentindo hoje? <i>“Eu já tive melhor, jogava bola, tudo, eu tinha uma noção mas era bem pouca porque todo mundo era amigo, a vida não é bem assim, eu acho inclusive quando a Sra. é amiga de uma pessoa acho que a pessoa tem que retribuir ser sua amiga ser, seu amigo, não é tão bonito assim? Mas tem gente bem diferente que só pensa em riqueza, eu nunca pensei assim que dinheiro fosse felicidade e acho que nem devia ter, esse negócio de carro bonito já era”</i>. Como é que o Sr. se sente estando nessa condição? <i>“Olha, pra lhe falar a verdade eu me sinto fracassado, mas derrotado não, uma das coisas que eu acho muito errado um pai cria um filho, cria uma filha depois abandona”</i>. E aqui dentro? <i>“Ah, pra mim é ruim, acho que pra todos eles(...) que situação ridícula”</i>. E lhe incomoda ter esse problema? <i>“Ah, bastante, eu era um cara divertido eu gostava muito das pessoas”</i>. E o que mais lhe incomoda? <i>“Ah, tudo enfim, não ter casa, não ter família, ter mas não ter, me atrapalha por causa da pessoa que eu fui, nunca mexi nada de ninguém, nunca roubei em lugar nenhum, nunca mexi com filha dos outros, tinha muito respeito e até hoje eu tenho”</i>. E o seu relacionamento com as pessoas? <i>“Eu me considero uma pessoa bem legal, gosto de todo mundo”</i>. E quem é o Sr. Dionísio? <i>“Eu vou assim dizer pra senhora, me sinto igual uma ave assim sem asas pra voar, fazer o que, uma fera machucada esquecida na prisão”</i>. E o que isso lhe causa? <i>“Tudo em mim, se fosse levar a coisa é capaz de fazer uma bobagem, botar uma bala na cabeça e misturar tudo (...) não foi coisa de agressão minha, foi que fizeram comigo, sentiram meu próprio fracasso”</i>. Existe algo que o faça se sentir melhor? <i>“Existir existe, as pessoa que são professora, que são médico, sabem que eu não sou um cara agressivo, tudo enfim poderia me ajudar, acho que o carinho, mas fazer o que”</i>?</p>	<p>culpabilidade</p> <p>não aceitação da doença</p> <p>culpabilidade/sensação de impotência</p> <p>descontrole</p> <p>necessidade de sentir-se amado</p>
DESCRIÇÃO SINGULAR	UNIDADES DE SIGNIFICADO
<p>Davi (SER Portador de Distúrbio Psíquico)</p> <p>No momento Davi está fazendo tratamento ambulatorial, já fazem 8 anos que ele não é hospitalizado. Teve seu primeiro surto psicótico quando servia ao exército – <i>“desde lá adquiri o problema e convivo com isso, to me segurando, faço uso</i></p>	<p>conhecimento sobre a</p>

<p><i>dos medicamentos e não vou parar mais</i>". Como tu te sentes em relação a essa situação que tu vives? <i>"Fora a impregnação eu to bem, é pro meu bem então eu vou ter que tomar, é só não dá impregnação, impregnação é ruim, incomoda bastante, atrapalha minha vida</i>". Tu te sentes diferente das outras pessoas? <i>"Não, nem penso isso, se eu for pensar essas coisas assim</i>". E o que significa pra ti viver com esse problema? <i>"Ah, isso é ruim né? Bom se vivesse normal, trabalhasse, estudasse, estudei até o primeiro ano do 2º grau, só (...) o meu pai ficou revoltado comigo, é pescador, mas aí como é que eu ia se empregar com esse problema todo"</i>? E como é a tua relação com a doença? <i>"Ah, a relação é ruim porque eu tenho que tá no hospital, tomando remédio, tá no meio das outras pessoas doente, isso aí pode me prejudicar ainda</i>". E a tua relação com as pessoas? <i>"É boa, eles conversam comigo, a minha família é bem calma, ainda bem que eles são bem calmo, eles dão apoio pra mim, conversam comigo (...) eu já superei muita coisa, perdi o medo da alucinação, eu sei que não é real, que é só uma imagem, uma visão, não prejudica tanto</i>".</p>	<p>doença/tratamento possibilidade para estar melhor necessidade de ser útil/ex-istir não aceitação da doença/discriminação compreensão/interação familiar e social compreensão existenciária</p>
<p style="text-align: center;">DESCRIÇÃO SINGULAR</p>	<p style="text-align: center;">UNIDADES DE SIGNIFICADO</p>
<p style="text-align: center;">DESCRIÇÃO SINGULAR</p>	<p style="text-align: center;">UNIDADES DE SIGNIFICADO</p>
<p style="text-align: center;">Simião (SER Portador de Distúrbios Psíquicos)</p> <p>No momento Simião faz tratamento ambulatorial, mas há 32 anos atrás desde o momento em que começou a apresentar insônia e falta de apetite foi hospitalizado pela primeira vez – <i>"ai eu tomei até choque, naquela época davam, hoje não dão mais, só medicamento (...) ah, era chato, a minha mãe também tomou ela também tem problema, acho que herdei dela. Na C. S. como era triste lá, triste, triste, triste, não gosto nem de lembrar, ai que tristeza lá (...) faz 25 anos que eu não fui mais internado, nunca mais fui lá</i>". Como é que está tua vida hoje? <i>"Uma vida normal, viajando, passeando, tudo</i>". Como tu te sentes tendo esse problema? <i>"Eu me sinto assim meio discriminado, meio discriminado não sente"</i>? <i>Não é como uma pessoa de posição que já se sente mais um pouco melhor, já com esse probleminha a gente se sente um pouco discriminado, eles discriminam a gente um pouco (...) sinto de alguns todos não, muitos me tratam muito bem, todo mundo gosta de mim, todo mundo me adora, todo mundo gosta de conversar comigo</i>". Tu te sentes diferente das outras pessoas? <i>"Não, porque eu sou igual a todos, não sou igual a todos? Porque eu vou no banco receber meu dinheiro, eu vou cortar meu cabelo, vou pagar luz, telefone, água, vou no super mercado, eu tenho a vida normal</i>". Então, tu convives bem com o teu problema? <i>"Graças à Deus, isso já é uma vitória pra mim, eu me sinto discriminado um pouco, eu não me discrimino eu penso que eu sou uma pessoa legal, normal assim, capaz, capacitado eu me sinto, tenho capacidade para dialogar, falar, me expressar, isso é importante é um ponto positivo né? Ajuda a</i></p>	<p>aceitação conscientização compreensão existenciária/conscientização estado de estar-melhor</p>

<p><i>conviver com as pessoas, as relações, a auto-estima (...) eu leio muito a Bíblia Sagrada, eu vou para a missa, eu ouço o sino bater e vejo também na televisão a cada domingo (...) eu moro com a mãe, a mãe é viúva, a caçula casou, minha família me adora isso me ajuda, me gratifica, hoje eu tive uma visita da minha prima da Lagoa”</i></p>	<p>religiosidade interação familiar</p>
<p style="text-align: center;">DESCRIÇÃO SINGULAR</p>	<p style="text-align: center;">UNIDADES DE SIGNIFICADO</p>
<p style="text-align: center;">Isabel (SER Portador de Distúrbios Psíquicos)</p> <p>Isabel já faz parte da história da instituição onde reside desde criança quando foi trazida por freiras de caridade – <i>“não tenho pai, não tenho mãe, não tenho irmão, não tenho ninguém”</i>. Como a Sra. se sente vivendo aqui nessa condição? <i>“Eu me sinto bem, mas eu tinha gosto de arrumar um serviço aqui mas é difícil de arrumar, trabalhar fora, porque eu já trabalhei fora de empregada doméstica (...) a gente sente muito sofrimento porque chega um domingo, chega um sábado num tem nenhuma pessoa da família da gente pra vim visitar a gente, nada”</i>. Do a Sra. mais sente falta? <i>“Eu gostava de arrumar as carteira de aposentadoria e o registro, só que eu gostava porque daí eu queria comprar um guarda-roupa, comprar roupa boa pra mim”</i>. Como é que a Sra. se sente dependendo sempre dos medicamentos? <i>“Eu me sinto bem Graças à Deus porque eu trabalho nos docinhos, nos paninhos à tarde”</i>. E como é sua relação com as pessoas? <i>“Tudo bem, eu me sinto bem, lá em casa (Pensão Protegida)elas são boazinha (...) eu só queria arrumar gente de testemunha pra poder tirar o registro a carteira de aposentadoria, porque é triste a gente vê os outro fazer compra e a gente não tem nenhum dinheiro pra comprar nada”</i>.</p>	<p>necessidade de vínculo familiar resignação necessidade de ser útil/ex-istir necessidade de afeto/vínculo familiar necessidade de autonomia para poder-ser resignação resignação autonomia para poder-ser</p>
<p style="text-align: center;">DESCRIÇÃO SINGULAR</p>	<p style="text-align: center;">UNIDADES DE SIGNIFICADO</p>
<p style="text-align: center;">José (SER portador de Distúrbios Psíquicos)</p> <p>José relata que todo seu problema iniciou com droga, com 10 anos experimentou pela primeira vez e a partir daí ia consumindo ainda mais. No momento ele está hospitalizado há 20dias após Ter tido um surto psicótico. Como é que o Sr. se sente tendo esse problema? <i>“Aqui dentro eu me sinto bem, eu na rua não me controlo mais, eu me sinto bem, minha família é boa, me dá apoio”</i>. O que o Sr. pensa sobre ter que tomar remédio o tempo todo? <i>“Às vezes eu me sinto desesperado, eu me dano, eu fico achando que eu to muito doente, eu sinto que fico ausente assim dos meus irmão, eu sinto que eles não gostam, mas eles querem o meu bem”</i>. E sobre a doença? <i>“Isso me incomoda porque eu fico dentro de casa, eu não trabalho, bebo, eu não como, às vezes faço servicinho em casa outro dia eu não faço (...) sou solteiro, tenho 39 anos. O que mais lhe incomoda? “É tá tomando remédio, ficar na rua e beber, aí meus irmão falam de</i></p>	<p>aceitação interação familiar não aceitação/descontrole sensação de impotência/não aceitação medo da discriminação</p>

<p><i>mim, me traz pra cá". E como é sua relação com as pessoas? "Em casa é bem, no meu lugar tem 14.000 habitantes é tudo conhecido, pessoal tudo antigo amigo da minha falecida mãe, meu pai (...) eu acho que eles me olham do lado avesso tá me entendendo? Não me olham assim como uma pessoa direita em condições de trabalhar arrumar um servicinho (...) eu fiquei assim nessa situação, eu quero trabalhar mas não dá, não me dão força e eu fico ruim, me sinto parado, a minha mãe me dava apoio agora meus irmão não dão muito, ajudam mas não é assim, aí eu fico revoltado".</i></p>	<p>necessidade de ser útil/ex-istir necessidade de vínculo familiar descontrole</p>
<p>DESCRIÇÃO SINGULAR</p>	<p>UNIDADES DE SIGNIFICADO</p>
<p>Emanuel (SER Portador de Distúrbios Psíquicos)</p> <p>Sr. Emanuel vem fazendo tratamento ± 21 anos, neste momento está hospitalizado há 25 dias se recuperando de um surto psicótico. O que o Sr. pensa sobre o seu problema? <i>"Eu até nem sei, pra mim é ruim esse problema, acho que é ruim porque eu queria ter é minha saúde pra dormir tranquilo, acordar de manhã cedo pra ir trabalhar, o que mais me incomoda é não poder trabalhar, eu fico triste, eu era trabalhador (...) não gosto de parar no hospital, aqui é ruim é como uma cadeia, me sinto preso".</i></p>	<p>não aceitação necessidade de poder-ser útil</p>
<p>DESCRIÇÃO SINGULAR</p>	<p>UNIDADES DE SIGNIFICADO</p>
<p>Gabriel (SER Portador de Distúrbios Psíquicos)</p> <p>Gabriel relata que seu problema teve início pelo uso de drogas, desde sua primeira crise psicótica teve várias internações em hospitais psiquiátricos. Hoje, hospitalizado há ± 30 dias, recuperando-se de mais uma crise fala um pouco de sua vida – <i>"eu ouvia vozes, tinha visões, mas tudo passou".</i> Como é que tu te sentes hoje? <i>"Um pouco constrangido porque eu queria ser uma pessoa com mais de liberdade, tá bem com a sociedade"</i> E a doença? <i>"Por eu ter esse problema já atrapalhou muito mais, mas hoje eu já to mais acostumado com isso, eu vejo a coisa de outra forma, uma forma não tanto radical".</i> E os remédios te incomodam? <i>"Não, porque o que terá de ser assim será".</i></p>	<p>necessidade de re-inserção social/estar com aceitação possibilidade para estar-melhor aceitação</p>
<p>DESCRIÇÃO SINGULAR</p>	<p>UNIDADES DE SIGNIFICADO</p>
<p>Josué (SER Portador de Distúrbios Psíquicos)</p> <p>Josué relata que depois dos 19 anos sua vida tornou-se um inferno – <i>"muita responsabilidade, eu trabalhava num cargo de muita confiança (...) em todo lugar que trabalhei as mulher pegava no meu pé. Eu sou esquizofrênico, nesta três última internação eu comecei a dá conta disso (...) eu sou um cara que se eu</i></p>	<p>conhecimento sobre a doença conscientização</p>

<p><i>não tomar remédio eu não converso nem com você, não tem papo comigo.</i> E como é que tu te sentes sendo portador de esquizofrenia? <i>“Eu me sinto bem, eu tenho minha explicação pra mim mesmo, às vezes, eu acho até interessante porque eu penso coisas que até Deus duvida”.</i> Então tem alguma coisa que te incomoda? <i>“Tem, uma paixão mal devolvida, isso me incomoda, depois que eu tive essa gata eu nunca mais tive vaidade (...) desde os 22 anos eu não me apaixonei por mais ninguém e desde aí nunca mais tive relação sexual com ninguém. Agora eu to começando a cair na real e to começando a gostar de uma gata de novo”.</i> E a tua família? <i>“Eu moro com minha mãe, me dou muito bem com ela, é pão e vinho é carne e osso”</i> A tua mãe te faz bem? <i>“Ó, tu nem queira saber”.</i> Tu te considera diferente das outras pessoas? <i>“Não diferente por causa do rosto, mas diferente na mentalidade mas eu já to legal pra ir pra sociedade”.</i> Como tu te sentes te relacionando com as pessoas? <i>“Me sinto bem, só não pode a pessoa ser falsa, eu noto a pessoa falsa mesmo que ela não me discrimine”.</i> E o teu relacionamento contigo mesmo? <i>“Eu me relaciono bem comigo e com o meu problema, isso é uma coisa particular, só minha, do meu eu, não é nem eu exterior, é eu interior”.</i></p>	<p>necessidade de envolvimento amoroso</p> <p>potencial para estar-melhor amor/interação familiar</p> <p>compreensão existenciária</p> <p>necessidade de re-inserção social/poder-ser</p> <p>compreensão existenciária</p>
<p style="text-align: center;">DESCRIÇÃO SINGULAR</p>	<p style="text-align: center;">UNIDADES DE SIGNIFICADO</p>
<p style="text-align: center;">Francisco (SER Portador de Distúrbios Psíquicos)</p> <p>Francisco inicia o diálogo dizendo que sua cabeça começou a “fundir” quando fez uso do primeiro cigarro de maconha. A partir daí começou a ouvir vozes e ter problemas mentais. Como tu te sentes tendo esse tipo de problema? <i>“Pra mim ninguém usa cérebro, todo mundo sabe falar (...) isso é um atraso de vida porque a gente só fica pensando besteira”.</i> Isso atrapalha tua vida? <i>“Atrapalha, é que a gente escuta assim as vozes vindo assim dos lugar, tenta responder, mas eu sou quieto e não respondo”.</i></p>	<p>não aceitação da doença/descontrole</p>
<p style="text-align: center;">DESCRIÇÃO SINGULAR</p>	<p style="text-align: center;">UNIDADES DE SIGNIFICADO</p>
<p style="text-align: center;">Isaias (SER Portador de Distúrbios Psíquicos)</p> <p>Após alguns minutos de conversa, que Isaias pediu para que não fosse gravado, este fica em silêncio, pensativo e então permite que inicie a gravação. O que significa para ti conviver com esse problema? <i>“Tá estragando a minha vida porque me deixou fraco, fico agressivo em casa, não posso tomar nada”</i> – se refere a bebida alcoólica. E o remédio, te incomoda ter que tomar para sempre? <i>“Não, não me incomoda, tenho que tomar bastante”.</i></p>	<p>não aceitação da doença/sensação de impotência</p> <p>aceitação</p>

DESCRIÇÃO SINGULAR	UNIDADES DE SIGNIFICADO
<p>Lázaro (SER Portador de Distúrbios Psíquicos)</p> <p>Lázaro é um SER que durante o nosso diálogo demonstrou ser bastante esclarecido sobre seu problema e sua pessoa – <i>“eu sei que o que eu tenho é Psicose Maníaco Depressiva, é isso, o médico falou”</i>. E o que significa ser portador de Psicose Maníaco Depressiva? <i>“Significa pra mim que eu tive que conviver com o problema, quando eu to bom eu trabalho, quando to doente venho me tratar, é assim (...) eu pra mim eu não tenho esse problema de dizer ah eu fico triste porque eu tenho uma psicose, eu não fico triste, eu simplesmente fico triste porque eu não posso tá perto da minha namorada, meus parente as pessoa que eu quero bem”</i>. Então, existe alguma coisa que te incomoda na tua vida? <i>“É eu nunca ter me casado, eu nunca me casei porque eu tinha medo que um filho meu herdasse esse problema que eu tenho. Eu tenho um filho de 22 anos só que ele não sabe que eu sou o pai dele, eu pedi pra mãe dele que não contasse, quando ele precisou de mim justamente nessa época eu tava bem desorientado, que eu tava sofrendo fazendo os outro sofrer, ele precisava de mim eu não pude ajudá-lo”</i>. E porque você não quer que ele saiba? <i>“Eu acho que vai ser um problema pra ele, não vai se sentir bem sabendo que tem um pai maluco, não é uma boa idéia pra ele”</i>. E o Sr. se considera maluco? <i>“Bom, eu não me considero maluco mas caiu aqui na C. é maluco, nem que seja um advogado famoso, mas caiu aqui na C. é maluco”</i>. E isso lhe incomoda ? <i>“Não, não importa não, eu acho quando as pessoas tinham preconceito antigamente, agora não tem mais a maioria não, porque alguns têm preconceito mas eu não dou bola pra quem tem preconceito, pra mim faz de conta que não existe”</i>. E o Sr. se sente diferente das outras pessoas? <i>“Olha, a gente se sente um pouco diferente nesse sentido, que fulano é....., eu me sinto uma pessoa normal, eu tomo remédio bem certinho, eu sou uma pessoa normal, faço tudo que outra pessoa faz, tem pessoas que querem ser normal e não fazem o que o homem deve fazer, eu faço tudo que for necessário (...) me sinto bem assim, não me sinto rejeitado por ninguém, minha família nunca me desprezou, minha namorada sabe que eu tenho esse problema e ela até sempre se preocupa comigo”</i>. E aqui dentro da instituição, como é que o Sr. se sente? <i>“Me sinto assim como se eu tivesse mudado da minha casa pra outra diferente, eu fico triste, às vezes, durante a noite, eu choro porque não consigo dormir”</i>.</p>	<p>Conhecimento sobre a doença</p> <p>aceitação</p> <p>compreensão existenciária/conscientização</p> <p>necessidade de envolvimento amoroso medo da discriminação</p> <p>estigma</p> <p>conscientização</p> <p>resignação</p> <p>conscientização</p> <p>compreensão existenciária</p> <p>aceitação</p> <p>compreensão/interação familiar e social/amor</p>