



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**FAMÍLIAS DE PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL: UM OLHAR
FENOMENOLÓGICO SOBRE AS RELAÇÕES DE CONVIVÊNCIA**

HELCA FRANCIOLLI TEIXEIRA REIS

**JEQUIÉ/BAHIA
2010**

HELCA FRANCIOLLI TEIXEIRA REIS

**FAMÍLIAS DE PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL: UM OLHAR
FENOMENOLÓGICO SOBRE AS RELAÇÕES DE CONVIVÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde – Área de Concentração: Saúde Pública.

LINHA DE PESQUISA: Família em seu ciclo vital.

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Edite Lago da Silva Sena

**JEQUIÉ/BAHIA
2010**

Ficha Catalográfica

REIS, Helca Francioli Teixeira.

R31 Famílias de pessoas em sofrimento mental: um olhar fenomenológico sobre as relações de convivência/Helca Francioli Teixeira Reis.- Jequié, UESB, 2010.

155 f: il.; 30cm. (Anexos)

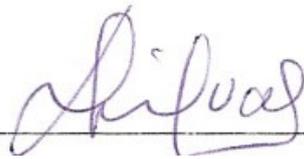
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2010. Orientadora Prof^ª. Dr^ª. Edite Lago da Silva Sena.

1. Família– Relação familiar; 2. Sofrimento mental; 3. Filosofia em Enfermagem
I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 616.89

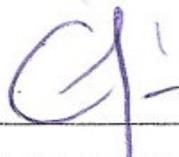
FOLHA DE APROVAÇÃO

REIS, Helca Franciulli Teixeira. **Famílias de pessoas em sofrimento mental: um olhar fenomenológico sobre as relações de convivência.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - Uesb, Jequié, Bahia. 2010.155pags.



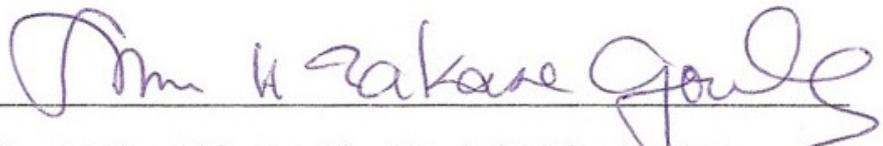
Dr^a. EDITE LAGO DA SILVA SENA

Doutora em Enfermagem. Área de concentração Filosofia, Saúde e Sociedade – Uesb.
Orientadora e Presidente da banca examinadora



Dr^a. EVANGUELIA KOTZIAS A. DOS SANTOS

Doutora em Enfermagem – Área de concentração Filosofia, Saúde e Sociedade – Ufsc



Dr^a. LUCIA HISAKO TAKASE GONÇALVES

Professora Titular da Ufsc/CCS/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Jequié/Bahia, 08 de Dezembro de 2010

Dedicatória 1:

*A Deus, “Porque d’Ele,
e por meio d’Ele, e para Ele são todas as coisas.*

A Ele, pois, a glória eternamente. Amém!”

(Rm 11.36)

Dedicatória 2:

A meus queridos pais, Lourdes e Acrísio, pelo amor e valores que fizeram de mim quem sou.

A meus amores, Wanderley Jr. e Davizinho, por se mostrarem tão presentes em minha vida, pelo incentivo e compreensão.

Dedicatória 3:

*Às famílias que convivem com pessoas em sofrimento mental,
que se disponibilizam a estar junto ao outro e mostram ser
possível cuidar sem excluir, em especial aos familiares que
vivenciaram comigo esta experiência, iluminaram minha
mente e aqueceram meu coração.*

Fábula da Convivência

Durante a era glacial, muito remota, grande parte do globo terrestre estava coberto por densas camadas de gelo; muitos animais não resistiram ao frio intenso e morreram indefesos, por não se adaptarem ao clima hostil.

Foi então que uma grande manada de porcos espinhos, numa tentativa de se proteger e sobreviver, começou a se unir, a se juntar mais e mais. Assim cada um podia sentir o calor do corpo do outro. E todos juntos, bem unidos, agasalhavam-se mutuamente, aqueciam-se enfrentando por mais tempo aquele inverno tenebroso.

Porém, vida ingrata, os espinhos de cada um começaram a ferir os companheiros mais próximos. Justamente aqueles que lhes forneciam mais calor, aquele calor vital, questão de vida ou morte. E afastaram-se feridos, magoados, sofridos, dispersaram-se por não suportarem por mais tempo os espinhos dos seus semelhantes.

Doíam muito...

Mas essa não foi a melhor solução. Afastados, separados, logo começaram a morrer congelados. Os que não morreram, voltaram a se aproximar pouco a pouco, com jeito, com precauções, de tal forma que, unidos, cada qual conservava uma certa distância do outro, mínima, mas o suficiente para conviver sem ferir, para sobreviver sem magoar, sem causar danos recíprocos.

*Assim suportaram-se, resistindo à longa era glacial.
É fácil compartilhar palavras, difícil é interpretar silêncios;
É fácil caminhar ao lado, difícil é saber como se encontrar;
É fácil beijar o rosto, difícil é chegar ao coração;
É fácil apertar as mãos, difícil é reter seu calor;
É fácil sentir o amor, difícil é conter a sua torrente.*

Agradecimentos

A Deus, autor e consumidor de minha fé, que me colocou no colo nos momentos em que eu não conseguia caminhar sozinha e fez-me forte em meio a tantas fraquezas. Aquele que me possibilita, o tempo todo, a experiência do “eu posso” e a alegria do encontro. Certamente foi Ele que me permitiu chegar até aqui.

Ao Wanderley Jr., esposo querido e companheiro de todos os momentos, pelo envolvimento na construção deste estudo como se fosse seu, pela tamanha dedicação à nossa família, disponibilização de cuidado ao nosso filho e pela compreensão de minhas ausências. Amo-te muito, obrigada por segurar-me pelas mãos e caminhar junto comigo.

Ao Davi, meu filhinho amado, pela sua existência em minha vida, momentos de descontração e felicidade, motivando-me a caminhar e alcançar meus objetivos, e, ainda pela sua imensa compreensão, apesar da pouca idade, soube superar e entender as ausências da mamãe. Amo-te por toda minha vida!

À Lourdes e Acrísio, queridos e amados pais, por me ensinarem a trilhar pelos melhores caminhos, pela dedicação, carinho e amor; por tudo que fazem em prol de minha vida e felicidade. Não tenho palavras... Enfim, obrigada por acreditarem em mim!

Aos meus irmãos, José Márcio, Hudson Danúbio, Edsnei e Marcos Antônio, pessoas especiais que se preocupam comigo e alegam-se com as minhas conquistas; mesmo na distância mostram-se presentes em minha vida. Sou feliz por tê-los como irmãos, amo vocês!

À minha orientadora, Dr^a. Edite Sena, pela sua imensa dedicação, disponibilidade e comprometimento com este estudo, pelo compartilhamento de experiências e sábia contribuição. Você me fez enxergar outros perfis e experimentar a experiência do “eu posso”. Sinto-me alegre em chegar até aqui, obrigada por tudo!

À Dr^a. Evangelina Kotzias A. dos Santos e Dr^a. Lucia Hizako Takase Gonçalves, por aceitarem a participar da Banca Examinadora para a sustentação desta dissertação de mestrado, por contribuírem de maneira sábia e relevante com este estudo.

Às Dr^a. Mônica de Oliveira Nunes e Dr^a. Rozemere Cardoso de Souza pelos olhares atentos como militantes da Saúde Mental e pelas brilhantes contribuições no momento da qualificação do trabalho.

À família Sena, Valdir, Lúcio e Samuel, por me receberem em seu lar, sempre de forma receptiva, pela compreensão por, em algumas vezes, dividir comigo um momento que seria de vocês. Deus abençoe vocês!

À **Patrícia Anjos**, querida colega do Mestrado, por está comigo durante toda esta caminhada, compartilhando conhecimento e experiências em nossas andanças peripatéticas, por se mostrar atenta as minhas angústias e inquietações, aconselhando-me e estendendo-me as mãos de irmã. *Paty* foi bom demais te conhecer!

À **Emanuelle Nunes**, minha amiga e companheira, uma pessoa de Deus, que com seu jeito meigo, amável e cativante me ajudou a trilhar este percurso, pois sempre atenta a todos os detalhes, me fez ver além do que o simples olhar me apresentava. **Manôh**, obrigada pelo seu carinho!

À família Nery, **Luciano**, **Vivian** e pequena **Marina**, grandes amigos, conselheiros, companheiros, dedicados e ajudadores. Vocês foram muito importantes durante todo esse caminhar. Obrigada por fazerem parte de momentos alegres e tristes de minha família, por misturarem-se conosco como se fôssemos uma só família.

Ao Diretor do Hospital Geral Prado Valadares (Hgpv), **Gilmar Vasconcelos**, por me conceder autorização para desenvolver esta pesquisa na referida Instituição.

Ao **Gilvan Rodrigues**, Coordenador do Setor de Saúde Mental do Hgpv (Ambulatório e Enfermaria), pela colaboração na realização dessa pesquisa, compreensão e flexibilização de meus horários para que pudesse desenvolver minhas atividades acadêmicas.

Aos **profissionais** do Ambulatório de Saúde Mental e da Enfermaria Psiquiátrica do Hgpv que colaboraram comigo para efetivação deste trabalho, pela receptividade, flexibilidade, companheirismo e incentivo.

À **Gisele Lordelo**, Terapeuta Ocupacional, minha amiga e colega de trabalho, que colaborou diretamente na construção deste estudo; pelas discussões e vivências no Grupo de Familiares e Usuários do Ambulatório de Saúde Mental do Hgpv, por sua imprescindível participação na técnica de Grupo Focal e pelo seu companheirismo. Valeu amiga!

Ao **Djalma Moreira**, Enfermeiro, meu colega de trabalho, cuja participação no final desta caminhada foi de suma importância. **Dija**, obrigada pela sua compreensão e disponibilização.

Aos **familiares de PSM** que aceitaram a participar como sujeitos dessa pesquisa, os quais me possibilitaram a experiência da percepção do “outro eu mesmo” em um entrelaçar de vivências intersubjetivas. Obrigada pela oportunidade de estar junto com vocês e pela colaboração de estabelecer nesta relação a construção do conhecimento.

À todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (Ppges) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) pelo trabalho realizado no Curso de Mestrado, e, pela dedicação em dar o melhor de cada um de vocês para a efetivação do mesmo.

À **Luzia Willma**, professora do Ppges/Uesb, pela sua atenção entusiasta e pelas contribuições ao ministrar a Disciplina Promoção da Saúde da Família, numa dinâmica transpessoal.

À **Capex**, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela bolsa de fomento e incentivo a esta pesquisa.

A todos os **meus colegas do Ppges/Uesb** que juntamente comigo compuseram a primeira turma do Mestrado, por tudo que unidos enfrentamos e superamos para efetivar este sonho.

À **Viviane Souza**, pessoa que conheci de fato quase no finalzinho desta caminhada, mas que compartilhou comigo algumas vivências que fazem parte de nossa generalidade. Tenho certeza que construiremos ainda muita coisa juntas **Vivi**.

Aos **alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da Uesb (Turma 2006.2)**, que me possibilitaram vivenciar a experiência do Estágio Docência na Disciplina Enfermagem em Atenção a Saúde Mental de maneira prazerosa e agradável. Vocês fizeram-me sentir uma verdadeira "Pró", por isso, muito obrigada!

À **Ednalva Almeida**, pelo olhar apurado e sábio, atentando-se para a fluência do meu texto. **Dina**, obrigada pela sua disponibilidade e amável atenção acolhedora.

"O cuidado é uma característica do Ser que o qualifica como provido de humanidade. O ser-aí-no-mundo é um ser de cuidado e o cuidado se manifesta na presença do outro" (WALDOW, 2008, p.73)

Obrigada a todos que se manifestaram presentes em minha vida! Fizeram-me sentir como ser que cuida e que é cuida ~
numa dinâmica intercorporal.

REIS, Helca Francioli Teixeira. **Famílias de pessoas em sofrimento mental: um olhar fenomenológico sobre as relações de convivência.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2010.155pags.

RESUMO

Estudo fundamentado na filosofia da experiência de Maurice Merleau-Ponty, com o objetivo de descrever a convivência da família com a pessoa em sofrimento mental, usuária do Ambulatório de Saúde Mental do Hospital Geral Prado Valadares localizado em Jequié-Bahia. As descrições experienciais foram obtidas no período março a maio de 2010, com dez familiares de usuários do Ambulatório, por meio de entrevistas individuais em profundidade, e encontros de Grupo Focal, a partir da aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob Protocolo nº 138/2009. A análise foi conduzida à luz da *Análítica da Ambiguidade*, técnica criada para categorizar dados empíricos em pesquisas fenomenológicas, especialmente, a ontologia de Maurice Merleau-Ponty. Da análise emergiram seis categorias: *o ser firme e o ser flexível: nuances do agir no convívio familiar com a pessoa em sofrimento mental; necessidade de permissão e necessidade de privação da liberdade do ir e vir; cuidar do outro e cuidar de si: desvelando a experiência do outro eu mesmo; ambiguidade na convivência com a pessoa em sofrimento mental: aceitação e rejeição; a fé na cura divina e a crença em um Deus que permite a doença; proteger a pessoa em sofrimento mental da violência e discriminação social e proteger a sociedade da pessoa em sofrimento mental.* Estas categorias, que se desvelaram de forma ambígua, mostram a percepção da família sobre a convivência com a pessoa em sofrimento mental, apontando as dificuldades e potencialidades encontradas nesse convívio, e as estratégias que utiliza para o cuidado. O estudo assinala nova perspectiva de olhar a conviabilidade da família com o membro em sofrimento mental, a qual se configura como experiência intersubjetiva que revela a ambiguidade da percepção humana e abre possibilidade à experiência do outro.

Palavras-Chave: Família; Relação Familiar; Sofrimento Mental; Filosofia em Enfermagem.

REIS, Helca Franciulli Teixeira. **Families of people in mental distress: a phenomenological view about the relationship of living together.** Dissertation (Master's degree in Nursing and Health) - Graduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest of Bahia, Jequié, 2010.155 pags.

Advisor: Dr^a. Edite Lago da Silva Sena

ABSTRACT

Study based on the philosophy of experience by Maurice Merleau-Ponty, in order to describe the family living with the person in mental distress, user of Mental Health Clinic of The General Hospital Prado Valadares located in Jequié-Bahia. The data were collected between march and may 2010th, with ten families of users of the clinic, through in-depth individual interviews, and Focus Group meetings, from the approval by the Committee on Ethics and Human Research of the State University Southwest of Bahia, under Protocol No 138/2009. The analysis was conducted in the light of the Analytic of Ambiguity, a technique created to categorize empirical data in phenomenological research, in particular, the ontology of Maurice Merleau-Ponty. Six categories emerged from the analysis: *the stable being and the flexible being: acting nuances in family living with the person in mental distress; necessity of permission and necessity of privation of the liberty of coming and going; taking care of the others and taking care of yourself; revealing the experience of the other myself; ambiguity in living with the person in mental distress: acceptance and rejection; faith in divine healing and belief in a God who allows the disease; protecting the person in mental distress from violence and social discrimination and protecting society from the person in mental distress.* These categories, which revealed themselves ambiguously, showed the family perceptions about living with the person in mental distress, pointing out the difficulties and potentiality founded in this living, and the strategies they use to care. The study pointed out a new perspective of looking the connection of the family with the member in mental distress, which is configured as an intersubjective experience that reveals the ambiguity of human perception and opens the possibility to experience the other.

Keywords: Family; Family Relationship; Mental Distress; Philosophy in Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Quadro 1: identificação dos sujeitos da pesquisa	56
Figura 2- Árvore temática.....	65
Figura 3 - Árvore temática: evidência nos "frutos"	66
Figura 4-A - "Fruto" com tema: exemplo 1	66
Figura 4-B - "Fruto" com tema: exemplo 2	67

LISTA DE SIGLAS

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento Nível Superior

Caps – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças

Cnsm – Conferência Nacional de Saúde Mental

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA– Estados Unidos da América

Hgpv – Hospital Geral Prado Valadares

Mtsm – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

Nasf - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

Naps – Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

Ppges – Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde

PSM – Pessoa em Sofrimento Mental

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

SRT – Serviço de Residência Terapêutica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

Tcle – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Uesb – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Ufsc – Universidade Federal de Santa Catarina

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1. CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO	18
2. REVISÃO DE LITERATURA: OS VÁRIOS PERFIS QUE O CONHECIMENTO NOS OFERECE E A POSSIBILIDADE DE ENCONTRAR UM NOVO OLHAR.....	24
2.1 OS CAMINHOS DA MUDANÇA: O MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	25
2.2 A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	30
2.3 A FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADO À PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL	34
2.4 AS RELAÇÕES DE CONVIVÊNCIA FAMILIAR COM PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL	37
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: DO NASCIMENTO DA FENOMENOLOGIA HUSSERLIANA À FILOSOFIA DE MERLEAU-PONTY.....	39
3.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROJETO FENOMENOLÓGICO DE CIÊNCIA.....	39
3.2 RETOMANDO AS ORIGENS DA FENOMENOLOGIA	41
3.3 A FENOMENOLOGIA COMO MÉTODO FILOSÓFICO	42
3.4 MERLEAU-PONTY E A FENOMENOLOGIA DA PERCEPÇÃO.....	45
3.4.1 A vivência do corpo próprio.....	48
3.4.1.1 O corpo habitual	48
3.4.1.2 O corpo perceptivo	50
4. O CAMINHAR METODOLÓGICO DA PESQUISA EMPÍRICA: A EXPERIÊNCIA DE PRATICAR A FENOMENOLOGIA	52
4.1 NATUREZA DA PESQUISA	53
4.2 O ENCONTRO COM OS SUJEITOS DA PESQUISA	54
4.3 O CENÁRIO QUE PROPICIOU O ENCONTRO COM OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	56
4.4 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA OBTENÇÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS.....	58

4.5 A ANALÍTICA DA AMBIGUIDADE: ESTRATÉGIA DE PERCEPÇÃO FENOMÊNICA DO ESTUDO	68
4.6 COMPONENTES ÉTICOS DO ESTUDO: A PRESERVAÇÃO DOS DIREITOS DOS SUJEITOS E DEVERES DO PESQUISADOR	70
5 O ENTRELAÇAR ENTRE O FAMILIAR QUE CUIDA E A PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL: UMA EXPERIÊNCIA AMBÍGUA DO CORPO PERCEPTIVO.....	72
5.1 CATEGORIA (1) – O ser firme e o ser flexível: nuances do agir no convívio familiar com a pessoa em sofrimento mental	75
5.2 CATEGORIA (2) – Necessidade de permissão e necessidade de privação da liberdade do ir e vir.....	84
5.3 CATEGORIA (3) – Cuidar do outro e cuidar de si: desvelando a experiência do outro eu mesmo	93
5.4 CATEGORIA (4) – Ambiguidade na convivência com a pessoa em sofrimento mental: aceitação e rejeição.....	108
5.5 CATEGORIA (5) – A fé na cura divina e a crença em um deus que permite a doença	116
5.6 CATEGORIA (6) – Proteger a pessoa em sofrimento mental da violência e discriminação social e proteger a sociedade da pessoa em sofrimento mental	123
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: A ARTE DO INACABADO	131
7 REFERÊNCIAS	136
APÊNDICE	148
APÊNDICE A :TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	149
APÊNDICE B: INSTRUMENTO DA PESQUISA.....	151
ANEXOS	153

CAPÍTULO I

1. CONTEXTULIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

*“Porque estamos no mundo, estamos **condenados ao sentido**, e não podemos fazer nada nem dizer nada que não adquira um nome na história”.*
(MERLEAU-PONTY, 2006, p.18)

O tema convivência familiar com a pessoa em sofrimento mental que proponho a abordar neste estudo, tem sua origem em dois grandes movimentos sociais estabelecidos no Brasil em prol da democratização da saúde: a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica. Neste sentido, considere importante iniciar a contextualização do objeto deste estudo fazendo uma retrospectiva de como vem ocorrendo o processo de desinstitucionalização e consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, caracterizando a ruptura com o modelo psiquiátrico e instalação do modelo da saúde mental, o qual reconhece a família como sujeito do processo saúde-doença e agente do cuidado nesse campo.

A necessidade de superação do modelo hospitalocêntrico, centrado na doença, encontra-se seu cerne nas políticas de saúde brasileiras que alcançaram seu marco político conceitual na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), com a formulação de propostas para mudanças no setor saúde, culminando no processo de elaboração de um novo modelo assistencial que garanta os direitos dos cidadãos. Assim, a saúde passa a ser vista sob um olhar ampliado, incluindo nele não apenas as condições básicas de

vida como alimentação, habitação, trabalho, entre outros, mas também, direitos ligados ao acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, a fim de garantir qualidade de vida às pessoas.

Estas mudanças tiveram como base os princípios idealizadores da Reforma Sanitária, consagrados na Constituição de 1988, e, conseqüente advento do SUS, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8080/1990 e 8142/1990, que serviram de sustentáculo para a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil.

Tal reestruturação vem ocorrendo por meio da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que se define como um processo histórico iniciado no final da década de 70, no contexto da redemocratização da saúde, por meio de movimentos políticos sociais como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (Mtsm), posteriormente transformado no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, uma “formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1998, p.87).

O movimento da RPB organizou-se a partir do processo de desinstitucionalização, com a finalidade de garantir a cidadania às pessoas em sofrimento mental. Os ideários desta nova proposta foram inspirados no movimento conhecido como *Psiquiatria Democrática*, liderado por Franco Basaglia, precursor das grandes mudanças nas políticas de saúde mental italiana, pelo fato de abrir as portas do manicômio, romper com a Psiquiatria e mostrar ser possível tratar sem excluir (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001; AMARANTE, 2003; DIMENSTEIN, 2004; MACHADO, 2005).

Outros acontecimentos importantes para efetivação da RPB foram a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, que objetivou consolidar as propostas da Reforma Sanitária no setor Saúde Mental, cujo princípio era a superação ao modelo assistencial vigente; a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, a qual promoveu o aprofundamento das críticas às práticas hegemônicas, incorporando o conceito de desinstitucionalização como base para formulação de projetos de transformação da assistência psiquiátrica, iniciando discussões que integrem a família

ao atendimento; a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, estabelecendo propostas de serviços substitutivos ao hegemônico; e, finalmente, após nove anos, ocorreu a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2010, com a proposta de compreender a Saúde Mental enquanto direito e compromisso de todos; consolidar avanços e propor enfrentamento aos desafios hodiernos (BRASIL, 1994, 2002, 2010a, 2010b).

Atualmente a política de saúde mental do país valoriza os serviços abertos, enquanto alternativas de cuidado inseridas na comunidade, uma assistência flexível, integral e interdisciplinar, contrárias à política do abandono, da desassistência e do sucateamento dos serviços públicos, com ênfase na saúde e desmistificação da doença mental, garantindo práticas que respeitem a cidadania da pessoa em sofrimento mental.

Assim, a nova política de saúde mental privilegia o território como espaço de construção de ações inovadoras, e entende a família como *locus* de inclusão e convívio social. A família se insere como colaboradora nas práticas de saúde mental, conhecidas como práticas de reabilitação psicossocial, que se mostram como um recurso singular e fundamental para que os serviços substitutivos viabilizem propostas de cuidado alicerçadas na desinstitucionalização.

Neste panorama para a reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento mental a família ocupa um lugar de destaque, pois ela se insere como protagonista do processo saúde-doença mental, uma vez que tem sido vista como responsável por melhores condições da assistência, bem como, está sendo incluída no projeto terapêutico de seus membros em sofrimento psíquico. Tal assistência tem como fundamento o acolhimento, a escuta e inovadas maneiras de convívio, com o propósito de superação das formas anteriores de tratamento, pautadas em modelos de clausura e exclusão social (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Ao dirigir o olhar às famílias de pessoas em sofrimento mental, entendo que cada uma delas procura construir um modo próprio de viver, de “encarar” os fatos, cada uma reage de forma diferente. Elas possuem uma visão de mundo particular, códigos de comportamento, papéis de gênero, linguagens próprias, histórias, vivências, culturas e seus próprios meios de comunicar o sofrimento mental aos outros membros

e à comunidade de modo geral. Todos esses aspectos são aprendidos no processo de convivência familiar e na vida social das pessoas, culturalmente construídos ao longo da existência humana.

Este processo trata-se de uma dinâmica intersubjetiva, um compartilhar de experiências a partir da dinâmica do viver social dos sujeitos. É o que podemos chamar de relacionar-se com outro, este outro que também pode ser percebido como o outro *eu mesmo*, pois entre as infinitas possibilidades que a vida nos apresenta, podemos ver-nos naquilo que identificamos no outro. Este pensar reporta a Merleau-Ponty na obra “**A prosa do mundo**”, em que diz que “somos o outro do outro, e o outro somos nós mesmos” (MERLEAU-PONTY, 2002a, p. 168).

Uma das primeiras oportunidades que os seres humanos têm para se perceberem na experiência intersubjetiva é na convivência familiar, no dia a dia das famílias onde acontecem as vivências de seus membros, compartilhando relações, atribuições e funções, interagindo uns com os outros de maneira a criar significados que podem ser compartilhados, conduzindo a ajustes ou desajustes, a um viver harmonioso e saudável ou à desarmonia.

Nesta perspectiva, a família é uma unidade social bastante complexa e essencial para o processo de viver de todo o ser humano, ela não pode ser entendida apenas como uma ideia abstrata, mas através de sua concretização na convivência, que se relaciona com o modo como a família constrói o seu mundo inteiro (ALTHOFF, 2002).

Pela diversidade dos aspectos que envolvem a dinâmica familiar, faz-se perceber que se conhece apenas parte de sua realidade. Logo, requer ser compreendida como uma unidade fundamental de pesquisa que precisa ter sua abordagem ampliada a um novo paradigma, no qual é percebida a partir de sua interatividade e dinamicidade, o que a define como unidade complexa, conjunto articulado de seres humanos cuja relação forma o seu sistema de valores sociais, conceitos, saberes e saúde (SILVA; GONÇALVES; COSTA, 2006).

Desta maneira, torna-se importante voltar-se ao contexto das famílias e suas relações de convivência, nesse caso em particular, a convivência com a pessoa em

sofrimento mental, a fim de nortear as práticas de saúde mental voltadas para uma realidade concreta, na perspectiva de quem a vive, ou seja, os familiares.

Neste contexto, ocorreu-me o interesse em pesquisar a temática “*Famílias de pessoas em sofrimento mental: um olhar fenomenológico sobre as relações de convivência*”, iniciando-se este interesse no período em que cursava a graduação, quando atuei como bolsista do projeto de extensão universitária intitulado “Loucos por cidadania”, no qual vivenciei por dois anos, tanto no Anexo Psiquiátrico do Hospital Geral Prado Valadares (Hgpv) em Jequié/BA, como no município de Itagibá-BA, a relação inquietante de pessoas em sofrimento mental e seus familiares. Esta situação levou-me a desenvolver um projeto de pesquisa que deu origem a meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), cujo enfoque principal foi a inserção de práticas de saúde mental na atenção básica, em especial na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o propósito de apoiar a família no cuidado à pessoa em sofrimento mental e contribuir para a reinserção psicossocial desta pessoa na própria família e na comunidade.

Como pesquisadora, tal inquietação não findou naquele trabalho, mas continuou ao longo de minha caminhada profissional e acentua-se hoje, pois, inserida no processo de trabalho da equipe de saúde do Hgpv, onde trabalho como enfermeira no Ambulatório de Saúde Mental e Enfermaria Psiquiátrica da Instituição, acompanhando de perto as dificuldades presentes na relação família-pessoa em sofrimento mental, e, como profissional de saúde, tenho me empenhado em compreender e colaborar, da melhor maneira possível, para a efetividade do novo modelo de saúde mental em que a família encontra-se inserida no cuidado a PSM.

Diante do exposto, ocorreram-me alguns questionamentos: qual a concepção da família sobre a convivência com a pessoa em sofrimento mental (PSM)? Quais as dificuldades e potencialidades encontradas pela família no convívio com a PSM? Quais as estratégias utilizadas pela família no convívio com a PSM? Finalmente, estabeleci como pergunta de pesquisa a seguinte: **como se processa a convivência familiar com a pessoa em sofrimento mental?**

Na perspectiva de responder à questão, pontuei os seguintes objetivos:

GERAL

Descrever a convivência da família com a pessoa em sofrimento mental usuária do Ambulatório de Saúde Mental do HGPV em Jequié – BA.

ESPECÍFICOS

- ✓ Desvelar a percepção da família sobre a convivência com a pessoa em sofrimento mental.
- ✓ Identificar as dificuldades e potencialidades encontradas pela família no convívio com pessoa em sofrimento mental.
- ✓ Conhecer as estratégias utilizadas pela família no convívio com a pessoa em sofrimento mental.

Na perspectiva de alcançar os objetivos propostos e, considerando tratar-se de um tema vivencial, optei por desenvolver um estudo fenomenológico, visto que esta abordagem permitirá perceber os fenômenos relacionados ao modo como a convivência com a pessoa em sofrimento mental se mostra para seus familiares. Entre os clássicos da fenomenologia, escolhi para dar sustentação ao estudo o teórico Merleau-Ponty com sua ontologia da experiência, que se caracteriza, fundamentalmente, pela compreensão de que a percepção humana constitui um processo intencional que se revela de forma ambígua (SENA, 2006).

Tendo em vista a relevância social e científica da temática, entendo que este estudo traz contribuições importantes para a ampliação e difusão do conhecimento sobre práticas de cuidado à pessoa em sofrimento mental, incluindo o surgimento de um novo olhar em relação à convivência da família. Esta se encontra inserida nesse processo como sujeito ativo e responsável pela construção de uma nova prática de cuidado rumo à reabilitação psicossocial, fazendo ver que a experiência de conviver com a pessoa em sofrimento mental possibilita o crescimento pessoal e familiar.

CAPÍTULO II



2. REVISÃO DE LITERATURA: OS VÁRIOS PERFIS QUE O CONHECIMENTO NOS OFERECE E A POSSIBILIDADE DE ENCONTRAR UM NOVO OLHAR

Nunca criamos no vazio, “sempre se trata de levar mais longe o mesmo sulco já esboçado no mundo”.
(MERLEAU-PONTY, 2002a, p. 94)

A proposta de desenvolver a revisão de literatura permitiu-me perceber vários perfis sobre o cuidado à pessoa em sofrimento mental (PSM), colaborando para a identificação de algumas lacunas do conhecimento em saúde mental, principalmente, no que se refere à compreensão da dinâmica de convivência dessas pessoas no contexto concreto de suas famílias. A busca na literatura sobre o tema em foco corroborou a inquietação inicial, ao ser observada a carência de trabalhos científicos que atentam para as questões relacionadas à convivência familiar com PSM.

Assim, ao construir o “estado da arte”, confirma-se a necessidade de pesquisas que focalizem o processo de convivência como uma experiência intersubjetiva, cujas vivências são compartilhadas entre todos os sujeitos envolvidos, mostrando que no ambiente familiar acontece o conviver de seus membros e, neste ambiente, há descobertas para a construção de conhecimento.

Segundo o pensamento merleau-pontyano, nos discursos já enunciados, nas reflexões teóricas já sedimentadas, existe um silêncio adormecido nas palavras, que é

justamente a possibilidade de adicionar-lhes novas falas (MERLEAU-PONTY, 2002a). Ao fazer essa revisão de literatura, busquei identificar um impensado, um perfil a partir do qual eu pudesse construir um conhecimento capaz de somar ao vasto campo de saberes na área de saúde mental, trazendo à tona um aspecto que tem inquietado minha vivência como enfermeira de um serviço de saúde mental, a questão da convivência da família com uma PSM.

A experiência de revisão permitiu-me retomar e articular os seguintes aspectos: os caminhos da mudança: o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira e a desinstitucionalização; A reabilitação psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica; a família como unidade de cuidado à pessoa em sofrimento mental e as relações de convivência familiar com a pessoa em sofrimento mental.

2.1 OS CAMINHOS DA MUDANÇA: O MOVIMENTO DE REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Para entender as mudanças ocorridas na forma de inserção da PSM no contexto da convivência familiar, percebi a necessidade de retornar aos primórdios da constituição da psiquiatria como ciência da saúde, até chegar ao novo modelo de assistência à saúde mental, pautado na política da desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

O psiquiatra Philippe Pinel, no final do século XVIII, considerado o primeiro reformador da assistência psiquiátrica, entendia a alienação mental como sendo um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso, definindo assim a causa física da doença mental. Porém, estabeleceu ainda as “causas morais” do adoecimento, estas encontradas na família, uma vez que a insanidade estaria vinculada a uma educação corrompida e do desregramento do modo de viver. Era então necessário afastar o “doente mental” de sua família, com o propósito de não piorar o desequilíbrio psíquico, e como proposta de tratamento sugere a internação psiquiátrica. Essa concepção passa a ser o primeiro passo no desenvolvimento de uma terapêutica

baseada na assistência médica institucional (DONZELOT, 1980; BIRMAN et al., 1994; PESSOTI, 1996).

Em contrapartida, a década de 1960 foi marcada por grandes transformações no campo da psiquiatria, quando ocorreram alguns movimentos contrários às ideias de Pinel e seus seguidores; o internamento restringir-se-ia a uma etapa e o principal momento destinava-se à família e à comunidade (LANCETTI, 1990; BIRMAN et al., 1994; AMARANTE, 1998). Esses autores destacam ainda o contexto de surgimento da Psiquiatria Preventiva nos EUA, a qual insere a noção de desinstitucionalização no sentido de reduzir a internação, retirar dos médicos a exclusividade terapêutica, passando a outros profissionais, e criação de serviços extra hospitalares na comunidade, com a atuação de uma equipe multiprofissional.

O contexto da redemocratização da saúde é vivenciado no Brasil, em 1978, conduzindo a necessidade de mudanças. No Rio de Janeiro surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (Mtsm), tornando-se o ator social estratégico pelas transformações no campo da saúde mental. O Mtsm, inicialmente, organiza uma série de críticas ao modelo psiquiátrico clássico, principalmente no que se refere às práticas das instituições psiquiátricas, centradas na estigmatização da doença, na clausura e institucionalização. Procurando entender o papel social da psiquiatria e suas instituições para além da visão médico terapêutico e hospitalocêntrica, o Mtsm estabelece um pensamento crítico na área da saúde mental que permite conceber uma possibilidade de inversão deste modelo a partir do ideário da reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

O autor considera a reforma psiquiátrica como “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação [...] do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1998, p. 87). Acrescenta ainda que o projeto de desinstitucionalização “volta-se para a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade de causa e efeito, para voltar-se para a invenção da realidade enquanto um processo histórico” (AMARANTE, 1996, p. 24 - 25).

Esse processo perpassa pela reconstrução do objeto, cuja ênfase não é mais alicerçada na “cura”, mas no plano de “reinvenção de saúde”, o que significa a ruptura do paradigma clínico e a reconstrução da possibilidade/probabilidade, transformando as relações de poder entre a instituição e os sujeitos envolvidos para a construção de uma nova política de saúde mental (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Assim, o conceito de desinstitucionalização passa a ser foco de estudos, configurando-se, inicialmente por Taylor (1992), como prática de se dar alta a alguns pacientes com sofrimento mental internados há muito tempo, encaminhando-os para programas de tratamento baseados na comunidade. No entanto, Morgado e Lima (1994), Sadigursky (1997), Amarante (1998) e Hirdes (2009a, 2009b), entendem a percepção de Taylor como desospitalização e consideram a desinstitucionalização de uma maneira mais ampla, como um processo que, além de perpassar as questões técnicas, administrativas, jurídicas, legislativas ou políticas, é ainda uma questão ética, em que se reconhece a prática de inserção de “novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 1995, p. 494), reconhecendo, inclusive, que as pessoas em sofrimento mental têm o direito a um tratamento efetivo e digno, um cuidado verdadeiro com a colaboração de seus familiares, não uma clausura e exclusão.

Neste sentido, a institucionalização psiquiátrica é considerada como a precariedade no sistema, a desarticulação entre a teoria da humanização e sua prática (HIRDES, 2001). A autora destaca a instituição como um mecanismo ideológico do Estado, que submete os indivíduos ao controle social por não se adequarem à norma vigente, e que, apesar da ocorrência de tantas mudanças e lutas em prol de uma assistência mais digna e igualitária no campo da saúde mental, bem como, melhorias no aparato técnico científico das intervenções ao sofrimento mental, ainda persistem os “ranços” da institucionalização, pois, ainda se acredita na possibilidade de “tratar” a PSM no ambiente fechado e no hospital psiquiátrico como o “lugar” do doente mental.

Esta visão remonta ao fato de que o modelo clássico da psiquiatria foi amplamente difundido e concebido e ainda exerce influência marcante nas práticas hodiernas, fazendo com que a superação do modelo da saúde mental encontre

obstáculos a serem vencidos, apesar da variedade de formas substitutivas que vêm sendo implantadas no Brasil e no mundo.

Nesta perspectiva, pretende-se evitar uma das piores marcas da institucionalização, aquela que faz com que o destino social do interno seja o estigma da periculosidade ou incapacidade, sobretudo, com relação ao trabalho e ao convívio social. Além disso, um dos maiores estigmas ou rótulos produzidos pela institucionalização é a própria vivência do internamento, que atesta a pessoa como um ser à parte, diferente, devendo ser excluído da sociedade (GOFFMAN, 1992).

Todavia, a institucionalização por si só não foi a única promotora do processo de exclusão, mas todo o aparato que ela representa, sobretudo, as relações de poder que foram estabelecidas, inicialmente pelas famílias e sociedade, que não aceitaram a convivência com um membro inativo e diferente, afastando-o de seu meio social, até promoverem a segregação definitiva nos manicômios, posteriormente, pelos profissionais que atuavam nas instituições, pelos políticos, empregadores, e, assim, ininterruptamente (HIRDES, 2001).

As relações de poder caracterizavam o hospital psiquiátrico como um ambiente de confronto, de luta e de dominação, resultando na manutenção do isolamento dos doentes. Esta prática tinha como justificativas os seguintes aspectos: garantia da segurança pessoal dos loucos e de suas famílias; tentativa de liberá-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais; submetê-los a um regime médico; e, impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais (FOUCAULT, 1979). Referindo ainda às relações de poder que permeavam o hospital psiquiátrico no final do século XIX, o autor descreve a política das coerções sobre o corpo, uma manipulação sobre os gestos, as atitudes, os comportamentos, fazendo do corpo humano uma mecânica do poder, que definia a maneira de dominar o corpo dos outros, não simplesmente para fazer o que se quer, mas operar como se quer. Neste contexto o poder do médico, em sua essência, encontrava-se questionado.

Posteriormente, Basaglia (1985) corrobora com Foucault (1972, 1975, 1979) ao analisar que a relação institucional eleva consideravelmente o poder médico, na medida em que diminui vertiginosamente o poder do “doente”, e este sob internamento

em hospital psiquiátrico, torna-se destituído de seus direitos como cidadão ao ser submetido às arbitrariedades do poder médico.

Os conhecimentos de Foucault e Basaglia em relação à institucionalização continuam oferecendo sustentação ao movimento de reforma psiquiátrica e ao processo de efetivação do paradigma da saúde mental, constituindo assim um referencial teórico importante para o embasamento de estudos nesse campo.

As ideias de Basaglia, que culminaram desativação do hospital de Gorizia na Itália, e conseqüente criação da psiquiatria democrática e de redes alternativas à psiquiatria, e ainda a promulgação da *Lei N° 180* naquele país, conhecida como *Lei Basaglia*, repercutiram consideravelmente no processo da Reforma Psiquiátrica brasileiro, servindo como importante referencial para os projetos do país e para o redimensionamento da desinstitucionalização psiquiátrica (AMARANTE, 1998; HIRDES, 2001; LUZIO; L'ABBATE, 2006).

Essa nova forma de trabalho não buscava a suspensão dos cuidados, mas outra forma de entender, tratar e perceber a loucura. Também não sugeria o simples fechamento brusco dos hospitais, mas à medida que os serviços tradicionais fossem desativados, eles seriam substituídos por centros de saúde mental, em áreas limitadas em um território específico (AMARANTE, 1998; MORENO; ALENCASTRE, 2003; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2003).

Neste sentido, o processo de desinstitucionalização caracteriza-se como um empenho constante na tentativa de desconstruir práticas institucionalizadoras, condutas inflexíveis, percebidas como únicas e verdadeiras e construir, na pluralidade das relações que permeiam a PSM e seus familiares, uma experiência mais benéfica possível (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

A reforma psiquiátrica traz ao cenário brasileiro uma nova ética para o viver cidadão, a qual prevê o respeito ao ser humano e às suas diferenças, retirando do foco a atenção hospitalar psiquiátrica institucional, valorizando os serviços territorializados. As mudanças provenientes deste processo vão além de alterações físicas e estruturais dos espaços, elas perpassam por efetivas transformações de condutas, do cuidado, que na sua essência preocupa-se com o ser humano e suas reais necessidades.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica e consequente processo de desinstitucionalização, iniciaram-se as reformulações no modelo assistencial, a partir de 1979, a família começou a ser estimulada a participar do cuidado à PSM e iniciam-se algumas propostas de políticas públicas que salientavam a relevância do estabelecimento de suporte básico para o cuidado à PSM no núcleo familiar, visto como estrutura necessária ao convívio social (VASCONCELOS, 1992; PEREIRA; BELLIZZOTI, 2004; SILVA; LIPPI; PINTO, 2008).

2.2 A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A década de 1980 caracterizou-se por várias mudanças no campo da saúde mental no Brasil. Com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde passou a ser vista como uma questão coletiva, de natureza social e política, sendo um *direito de todos e dever do estado* (BRASIL, 2000; LEAL, 2000; AMARANTE, 2007). Deste modo, todo brasileiro passou a ter, garantido por lei, o acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, respondendo aos anseios da comunidade.

As Conferências de Saúde passaram a constituir espaços institucionais reservados à discussão e análise dos avanços e desafios do SUS e, às proposições de diretrizes para a (re)formulação de políticas de saúde, tendo como representantes os diversos segmentos da sociedade na perspectiva de exercitar o controle social. Assim, as Conferências Nacionais de Saúde Mental (Cnsm) foram consideradas marcos importantes para a efetivação de mudanças no âmbito da política, prática e realidades dos serviços destinados ao cuidado de PSM e, por isso, a retomada da leitura das diretrizes propostas nessas conferências é fundamental para a compreensão da inserção da família no contexto da reforma.

A I Cnsm aconteceu no período 25 a 28 de Junho de 1987, com o objetivo de consolidar as propostas da Reforma Sanitária no setor saúde mental no âmbito do SUS. Porém, segundo alguns autores, essa conferência no que se refere a sua organização

teve um caráter de congresso, ou seja, de encontro científico entre profissionais de saúde mental, e as inquietações de familiares e PSM foram superficialmente apreciadas em relação a estruturação dos serviços de saúde (AMARANTE,1995; TENÓRIO, 2002; MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Realizada em Brasília, no período de 01 a 04 de dezembro de 1992, a II Cnsm foi construída pela mobilização de milhares de pessoas e de diferentes atores e setores sociais, político e cultural (BRASIL, 1994). Os autores citados acima argumentam que essa conferência culminou no amplo processo de participação e debate sobre as questões de cidadania, discutindo, entre outros assuntos, a necessidade de evitar a culpabilização do usuário e de sua família pelo processo de adoecimento mental, e de promover o atendimento integral à família inserida no contexto comunitário e social.

Outro grande marco para a saúde mental foi a Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica nas Américas, realizada em Caracas (1990), onde a OMS/Opas definiram a *Declaração de Caracas*, em que os países da América Latina, entre eles o Brasil, comprometeram-se em desenvolver a atenção psiquiátrica vinculada à atenção primária no contexto dos sistemas de saúde locais, o que implicava em reestruturar a assistência hospitalocêntrica, tendo em vista os direitos humanos, a dignidade dos usuários e sua permanência no espaço comunitário (BRASIL, 2000).

Passados nove anos da II Cnsm, acontece a III Cnsm, convocada sob o lema *Cuidar sim, excluir não: efetivando a Reforma Psiquiátrica com Acesso, Qualidade, Efetivação e Controle Social* (BRASIL, 2002). Esta reafirmou a importância dos familiares no tocante à nova atenção à PSM, por meio de propostas de serviços substitutivos, com ênfase no cuidado domiciliar e enfrentamento das crises, garantindo a formulação de projetos com vistas à inserção social e o respeito às possibilidades individuais (MORENO; ALENCASTRE, 2003; COLVERO et al., 2004; AMARANTE, 2007).

Como resultado das diretrizes estabelecidas na III Cnsm, em 06 de Abril de 2001 é aprovada a *Lei N° 10216*, originária do projeto de Lei elaborado pelo Deputado Paulo Delgado em tramitação no legislativo por mais de dez anos. A *Lei N° 10216*

dispõe sobre a proteção às PSM, redirecionando o cuidado sob a perspectiva do modelo da saúde mental (DELGADO, 2001).

As diretrizes estabelecidas nas Cnsm e os princípios norteadores do SUS passam a exigir a reorganização dos serviços de saúde mental para a implementação do cuidado à PSM na perspectiva de uma rede de atenção que seja substitutiva ao modelo tradicional e que efetive a proposta da desinstitucionalização, com ênfase nas práticas de saúde mental no território.

Neste sentido, o Ministério da Saúde brasileiro regulamenta a legislação através de portarias que dispõem sobre a organização dos diversos serviços que compõem a rede de atenção em saúde mental: Centros e Núcleos de Atenção à Saúde Mental (Caps/Naps), Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), lares abrigados, ambulatórios de saúde mental, oficinas terapêuticas; além da disponibilização de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, de acordo com a realidade de cada local, bem como, o incentivo a práticas de saúde mental nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), unidades valorizadas por encontrarem-se inseridas na comunidade e ter como ênfase o trabalho direcionado a famílias (BRASIL, 2009a).

Outra nova alternativa de serviço que se incorporou à rede de atenção à saúde mental foram os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), serviços criados pela portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, para o fortalecimento da ESF, melhoria da qualidade e resolutividade da atenção básica; as equipes dos Nasf devem contar com, pelo menos, um profissional de saúde mental e realizar ações de matriciamento que visam potencializar as ESF e apoiá-las a realizar ações de saúde mental na comunidade (BRASIL, 2009b).

Todos esses serviços substitutivos caracterizam-se pela produção de saberes e práticas que visam à promoção da saúde e à reabilitação psicossocial da PSM, contestando o modelo hospitalocêntrico e estabelecendo a valorização e respeito aos usuários dos serviços e suas intersubjetividades (SARACENO, 1999; MÂNGIA; MURAMOTO, 2006).

A reabilitação psicossocial constitui um processo de remoção de obstáculos, a exemplo do estigma e preconceito, que impedem a efetiva integração da pessoa em sua

comunidade e o pleno exercício de seus direitos como cidadã. Além disso, a reabilitação psicossocial pode ser entendida como:

[...] o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. [...] O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreativo (PITTA, 2010, p. 19).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a reabilitação psicossocial tem por objetivo oferecer aos indivíduos inadaptados, em decorrência de transtorno mental, condições para exercerem suas potencialidades e capacidades de maneira independente na sociedade (OMS, 2001).

Recentemente, no período de 27 de junho a 01 de julho de 2010, realizou-se a tão solicitada e esperada IV Cnsm, após mais nove anos em relação à III Conferência, configurando-se como ganho político fundamental para o setor, no que tange à consolidação do processo de reforma psiquiátrica, da reabilitação psicossocial e da política nacional de saúde mental brasileira. Nesta conferência muitos atores sociais mobilizaram-se e uniram-se com o propósito de discutir o contexto da saúde mental no país, objetivando-se em tratá-la como um direito e compromisso de todos, sendo firmados os avanços e as metas para o enfrentamento dos desafios nas diversas esferas de governo (BRASIL, 2010a, 2010b).

Neste contexto de acontecimentos relacionados à saúde, o novo paradigma da saúde mental trata atualmente da atenção psicossocial à PSM, cuja construção e implementação do cuidado ocorrem no território, isto é, na comunidade, na família, no espaço onde o indivíduo encontra-se inserido ou necessita, urgentemente, ser reinserido (TAVARES, 2005).

Essa perspectiva assistencial evoca a interdisciplinaridade como uma necessidade interna para o campo de atenção em saúde mental, uma vez que seu objeto de trabalho envolve concomitantemente as relações sociais, as expressões emocionais, afetivas biológicas, e um desafio para a prática, frente à gama de corporações profissionais atuantes no desenvolvimento de ações psicossociais. A integração entre

diversos profissionais permite o exercício do pensamento complexo, capaz de sustentar epistemologicamente o novo paradigma da atenção psicossocial (TAVARES, 2005).

É importante destacar que a questão paradigmática em torno da nova política de saúde mental não pode ser rígida, engessada em funções fixas e indissolúveis. Os trabalhadores em saúde mental necessitam mobilizar-se para o enriquecimento de suas competências profissionais e para a valorização das vivências e experiências mútuas, demolindo de suas práticas as terapias compartimentalizadas e possibilitando uma abordagem consistente e ética de forma a promover a efetiva reabilitação psicossocial da PSM.

2.3 A FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADO À PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL

Abordar o tema família, neste caso em especial, a família da PSM, não é tarefa simples, mas é, sobretudo, ultrapassar concepções construídas ao longo da história, na perspectiva de percebê-la inserida no novo paradigma científico, como uma unidade que se caracteriza pela singularidade da interrelação de seus membros no contexto social e comunitário.

A produção científica envolvendo o tema família revela diferentes concepções, cada uma destaca um conjunto de saberes e práticas que lhe são inerentes, em função do lugar epistemológico de onde se fala e do contexto sócio-cultural onde se insere. Apesar das diferenças, todos os ramos do saber reconhecem a família como grupo histórico e dinâmico devido ao movimento de suas interrelações, que também cria determinações e as remete à sociedade (ROCHA; NASCIMENTO; LIMA, 2002; CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004; ROSA, 2004, 2005; SILVA; NOVAIS, 2009).

Esses autores reconhecem a família como uma unidade em constante processo de transformação e interação. Em função da diversidade do tema, é necessário ultrapassar a visão da família nuclear, como um conjunto de pessoas ligadas por laços

consangüíneos e pensar em suas multiplicidades atuais, em que percebemos conjunturas de famílias monoparentais; famílias nucleares, mas com laços que não advêm do casamento e sim da união de fato; famílias reconstruídas ou recompostas; famílias que se resumem em dois irmãos ou até unipessoais; famílias homossexuais; famílias alargadas, entre outras (SILVA; FIGUEIREDO, 2006; SOUZA et al., 2009).

Desta maneira, conceituar família não constitui tarefa fácil e, talvez, desnecessária, já que o importante é compreender a família e a multiplicidade de fatores que a envolvem em sua intersubjetividade. As ações e interações que acontecem no ambiente familiar são direcionadas ao fortalecimento, crescimento, desenvolvimento, à saúde e ao bem-estar de cada um de seus membros como totalidade relacional (ELSEN, 2002; SILVA; NOVAIS, 2009).

Essas autoras compreendem que a família é, então, geradora de um código de cuidados próprio, que altera de acordo com sua cultura, seus valores e crenças que vão estruturando em seu cotidiano, estruturando seus saberes sobre o que é saúde e desvio de saúde. A família contemporânea assume o papel de protagonista das estratégias de cuidado, caracterizando-se como sujeito essencial neste, como parte do processo reabilitador em prol da promoção da saúde, aumentando as habilidades e potencialidades dos sujeitos que são impulsionados à criação de um sistema continuado de apoio social.

Deste modo, o cuidado não é, portanto, um fenômeno isolado, mas se insere num ambiente que, no caso da família, é biopsicossociocultural, interagindo-se num *continuum* de experiências compartilhadas. Assim, o cuidado ao se inscrever no espaço familiar abre possibilidades para a resignificação e valorização dos sujeitos.

Entendendo a família, como grupo responsável pelo cuidado, que previne, tolera e corrige problemas de saúde, não se pode separá-la de seu membro em sofrimento mental; na atualidade, ela é considerada recurso imprescindível à promoção do conforto, bem estar e melhoria da saúde da PSM (HIRDES, 2009b).

Neste sentido, alguns autores reconhecem que a família da PSM, de forma voluntária ou involuntariamente, tem se constituído parceira indispensável para a reinserção psicossocial, apoiando os serviços de saúde mental no cuidado a seus

membros mentalmente enfermos, sobretudo, facilitando as relações de confiabilidade entre o quarteto: usuários, profissionais de saúde, familiares e sociedade (COIMBRA et al., 2005; PITTA, 2010).

Para isso é preciso um intenso trabalho dos profissionais de saúde, para a efetiva adesão da família aos pressupostos do paradigma da saúde mental, despertando-a para a criação/invenção de estratégias de cuidado que sejam capazes de romper com a alienação psicossocial vivida por um membro que se encontra na condição de sofrimento psíquico, a fim facilitar o convívio diário no contexto familiar.

Os autores abaixo descritos coadunam da ideia de que é preciso que os serviços de saúde mental planejem programas e estratégias destinados a apoiar as famílias no cuidado em domicílio às PSM, seja na eminência do primeiro episódio de uma crise, seja nas situações reincidentes, entendendo que o núcleo familiar pode ser considerado, nos moldes atuais, como a unidade básica de saúde, um modelo intervencionista que permite, de forma integral, resolver os problemas cotidianos, amenizando o estresse e reduzindo, indiretamente as recaídas (FALLON; MAGLIANO; MOROSINI, 1997; MELMAN, 1998; SARACENO, 1999; MORENO; ALENCASTRE, 2004; COLVERO et al., 2004).

Para tanto, é fundamental que as equipes de saúde mental dos serviços tornem-se aliadas da família no processo de desinstitucionalização, colaborando para incorporação do modelo de saúde mental pela família, por meio da experimentação cotidiana. Essa prática diária, de acordo com os autores acima descritos, propicia o redimensionamento das relações familiares no cuidado à PSM, ampliando o universo de conhecimento que se traduz no respeito à cidadania e devolução da dignidade da pessoa para viver em sociedade.

Portanto, incluir a família no cuidado a PSM na atualidade significa estar aberto e atento às suas interações e ao impacto de suas vivências, o que exige a compreensão de sua dinâmica, crença, cultura, e formas de adaptação a situações adversas, ou seja, implica em conhecer suas relações de confiabilidade (WERNET; ÂNGELO, 2003). Para tanto, é preciso reconhecer as individualidades pessoais de cada membro dentro do universo da família a partir das relações vinculares de pertença que conferem à

convivência destes a característica de um todo com aspectos e necessidades específicas.

2.4 AS RELAÇÕES DE CONVIVÊNCIA FAMILIAR COM PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL

A convivência é vista como uma das formas de promover a inclusão na família e pode ser traduzida pelo respeito à individualidade, aceitação das diferenças e limitações, reconhecimento dos direitos de cada um de seus membros, estímulo ao diálogo e garantia do espaço físico, social e emocional que incentive a participação e compartilhamento (ALTHOFF, 2001, 2002). A família, para o autor, concretiza-se por suas relações de convivência, pois as pessoas ao criarem laços afetivos, sentem a necessidade de unir-se, viver juntas, estabelecer espaços onde possam sentir-se à vontade, livres para ser quem realmente são.

Para a construção da convivência familiar os membros que compõem a família necessitam desenvolver um relacionamento interpessoal, uma relação para a compreensão mútua. Nesta relação eles reconhecem que essencialmente não precisam ser iguais para viver juntos, apresentam características que se assemelham e diferenciam, pois cada ser é único e tem sua própria maneira de pensar, agir, ser e interagir, mas possui uma generalidade que o motiva, a viver em família e estabelecer relação de conviabilidade (ALTHOFF, 2002).

Há ainda na literatura autores que, contraditoriamente ao que preconizam as políticas atuais, defendem que a convivência contínua da família com um membro em sofrimento mental, em si mesma, é responsável por causar danos sociais, psicológicos, emocionais, econômicos para essa família que, após o processo de desinstitucionalização, foi forçada a conviver com o sofrimento, o sentimento de culpa, de fracasso, de impotência, entre outros. (PEREIRA; PEREIRA-JUNIOR, 2003; PEREIRA; BELLIZOTI, 2004; SOUZA; SCATENA, 2005).

Por outro lado, a maioria dos estudos encontrados demonstra a disponibilidade e abertura da família para o cuidado à PSM, mostra a necessidade que todo ser humano

tem em estabelecer laços de convivência, frente à necessidade de adaptação e enfrentamento das adversidades, favorecendo o crescimento, desenvolvimento, valorização e respeito no seio familiar de todos os seus membros, ressignificando suas vidas (FARRAN et al., 1991; ALTHOFF, 2001, 2002; WERNET; ÂNGELO, 2003; ALBUQUERQUE et al., 2007; NUNES et al., 2008; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008; HIRDES, 2009a, 2009b). Esse pensamento é mais convincente e coerente com a nova política de saúde mental e valorização da vida, pois na prática da conviabilidade familiar a PSM pode-se perceber inserida nos diversos contextos sociais e tem a possibilidade de usufruir de seus direitos conquistados com muita luta.

A convivência em família é uma oportunidade de vivenciar a experiência do outro, de estabelecer a intersubjetividade; é ainda uma forma de cuidado que se mostra numa atitude de disponibilizar atenção, demonstrar interesse, compartilhar e estar com o outro com prazer; numa atitude de sujeito-sujeito, numa relação de conviabilidade e interação (BOFF, 1999; ROMAGNOLI, 2004; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008). Para esses autores esta nova forma de cuidar, em que o vínculo aparece como possibilidade de construção de caminhos menos estigmatizantes, implica na interação dos serviços, dos profissionais, da família com a PSM.

Nesta perspectiva, as relações familiares possibilitam olhar a PSM como sujeito de sua história, em que sua singularidade deve ser respeitada e seu aprendizado propiciado por meio da convivência com outras formas de relacionamentos, dando sentido à sua existência, não se utilizando mais como parâmetro o retorno à normalidade ou a cura do sofrimento mental, mas respeitando seus limites e fragilidades, suas diferenças, fazendo ver suas potencialidades (BASAGLIA, 1985; LANCETTI, 1990; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001; PITTA, 2010).

Diante do exposto, a revisão de literatura possibilitou-me perceber a importância de conhecer a dinâmica da convivência familiar com a PSM e as relações de cuidado que se estabelecem nesse contexto. Logo, a produção do conhecimento sobre a temática é de grande relevância não apenas para a enfermagem, mas para todas as áreas das ciências em que há interesse pelo estudo e compreensão da família e, em especial, das famílias em conviabilidade com PSM.

CAPÍTULO III



3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: DO NASCIMENTO DA FENOMENOLOGIA HUSSERLIANA À FILOSOFIA DE MERLEAU-PONTY

“A verdadeira filosofia é reaprender a ver o mundo, e nesse sentido uma história narrada pode significar o mundo com tanta “profundidade” quanto um tratado de filosofia”
(MERLEAU-PONTY, 2006, p. 19).

3.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROJETO FENOMENOLÓGICO DE CIÊNCIA

No final da Idade Média, a busca de novos conhecimentos tinha como fundamento a dialética, método caracterizado pela dedução lógica. As respostas propiciadas por esse método pareciam tão satisfatórias e convincentes que não havia muita preocupação em testá-las no mundo real, mediante a observação. Ciência era o mesmo que filosofia, e o método dedutivo lógico dominou o ensino e o estudo da natureza, a partir de conceitos teológicos sobre Deus e o universo. Galileu opõe-se a esse pensamento, pois descobriu, com sua luneta, que as esferas celestes não existiam e por pouco não foi condenado a morrer na fogueira, acusado de heresia (COBRA, 2005).

O autor acima acrescenta que essa atitude de suspeita e observação de Galileu moveu Francis Bacon (1561-1626) a inventar tábuas para o controle da

experimentação e o estabelecimento de leis científicas, o que levou rapidamente o homem a novos conhecimentos na astronomia, na química e na física. A mesma atitude de observação e interpretação natural induziu ao estudo da mente e do conhecimento, dando origem à corrente empirista, que haveria de afetar profundamente a filosofia e criar o positivismo, ou seja, o tratamento científico de todos os fatos e fenômenos. Assim, Descartes com o pensamento de que existiriam algumas ideias que seriam inatas ao homem como, por exemplo, a de perfeição, foi severamente criticado por John Locke ao demonstrar que todas as opiniões são registros de impressões sensíveis ou são derivadas de combinações, de associações entre essas ideias de origem sensível (COBRA, 2005).

Neste contexto, pode-se perceber com clareza duas visões epistemológicas de mundo: a objetivista e a subjetivista. A primeira, característica do pensamento galileano, concebe o conhecimento como representação da natureza, ou seja, acreditava-se que existia um real e que este poderia ser apreendido por meio dos instrumentos matemáticos. A segunda, originada em Descartes, pressupunha a existência de um real fora da representação, e que este real precisava ser investigado. Para o filósofo, mais importante do que representar a natureza, era investigar o processo de representação ou conhecimento, por isso era um subjetivista (MOURA, 2001; MÜLLER-GRANZOTTO; GRANZOTTO, 2003; SENA, 2006).

As duas concepções emergem da crença de que o conhecimento limita-se a um locus definido, seja nos objetos da natureza, nas coisas em si e na tecnologia, como afirmava os naturalistas; seja na visão cartesiana, no sujeito psicofísico, segundo o subjetivismo psicologista (HUSSERL, 1976; MÜLLER-GRANZOTTO, 2004; SENA, 2006).

Nasce então a fenomenologia como uma terceira via na tentativa de superar o dualismo objetivismo-subjetivismo, e propõe uma nova forma de conceber a construção do conhecimento, qual seja, a compreensão de que essa construção ocorre na relação dialógica entre os sujeitos, a partir da intencionalidade de suas vivências, já que, é na relação com o outro que o cientista identifica-se e diferencia-se, constituindo uma unidade que não é exclusivamente sua, mas também do outro e do mundo

(MERLEAU-PONTY, 2006; SENA, 2006).

3.2 RETOMANDO AS ORIGENS DA FENOMENOLOGIA

A fenomenologia, como método de investigação, nasceu no final do século XIX com Edmund Husserl (1976), com base na análise da teoria da intencionalidade de Franz Brentano, visando descrever e compreender os fenômenos que se apresentam à consciência. Opondo-se ao pensamento positivista do século XIX, examina a realidade sob a perspectiva da primeira pessoa. Seu objetivo era perceber vividos essenciais, trazendo à consciência aquilo que se encontra no plano irrefletido. Para Husserl toda consciência é consciência de alguma coisa; logo, a consciência não é uma substância, mas uma atividade constituída por atos (percepção, imaginação, especulação, volição, paixão, entre outros), com os quais visa-se algo (HUSSERL, 1983).

Brentano (1944) construiu a teoria da intencionalidade para investigar a constituição dos objetos, definindo-os como atos, modos psíquicos de intervenção junto aos fenômenos. Retomou a concepção kantiana de fenômeno, segundo a qual fenômeno é aquilo que aparece na experiência corpórea a partir da sensibilidade, e percebeu a existência de dois tipos de fenômenos: os fenômenos psíquicos e os fenômenos físicos (SENA, 2006).

Para Brentano o fenômeno físico precisaria de um ato para tornar-se um todo, já o fenômeno psíquico aparecia de forma espontânea, independente de um ato anterior, a exemplo dos sentimentos (MÜLLER, 2001; MÜLLER-GRANZOTTO; GRANZOTTO, 2004; SENA, 2006). Segundo estes autores, Brentano resolveu a questão que o incomodava, ele concluiu que o objeto físico é constituído a partir da hegemonia dos atos, e o objeto psíquico depende de atos orientados pela intuição.

O estudo brentaniano foi fundamental para o surgimento da fenomenologia husserliana e todas as suas derivações, desde a ontologia fundamental de Heidegger, a ontologia pré-reflexiva de Sartre, até a fenomenologia da expressão de Merleau-Ponty, ou seja, a teoria da intencionalidade constitui a base característica de toda a história da fenomenologia (SENA, 2006).

Husserl desenvolve a noção de consciência a partir da compreensão da teoria da intencionalidade de Brentano. Este recorre a Tomás de Aquino, pensador da alta escolástica, para descrever em que sentido os fenômenos psíquicos constituem totalidades sem a intervenção anterior de atos; para Tomás de Aquino, a intencionalidade refere-se à capacidade humana de organizar espontaneamente as partes imanentes aos nossos atos como um todo imagético (MÜLLER-GRANZOTTO; GRANZOTTO, 2003; SENA, 2006).

Assim, a teoria da intencionalidade brentaniana (BRENTANO, 1944) apresenta duas características principais: a primeira refere-se à intencionalidade como um fenômeno psíquico, um sentimento que se impõe à pessoa independente de sua vontade, não exigindo, portanto, a deliberação de funções corticais superiores; a segunda refere-se ao fato desse sentimento proporcionar orientação objetiva aos atos superiores. Logo, Brentano introduziu na história da Filosofia a ideia de que os atos superiores são controlados por atos inferiores, causando grande impacto no meio acadêmico da época, especialmente entre os psicologistas (MÜLLER-GRANZOTTO; GRANZOTTO, 2004).

Diante do exposto, Brentano queria esclarecer a natureza do conhecimento perceptivo, e o define como sendo o resultado do processo intencional; ele acreditava que este processo ocorria no interior do corpo como subjetividade imanente ao corpo físico (SENA, 2006).

3.3 A FENOMENOLOGIA COMO MÉTODO FILOSÓFICO

Em 1906, Edmund Husserl começa a refletir o quanto a ciência havia se afastado de seu ideal clássico, cujo objetivo era compreender a unidade dos fenômenos (MÜLLER-GRANZOTTO, 2004; SENA, 2006). Estes autores argumentam que a fenomenologia husserliana nasceu sob duas perspectivas: como tentativa de resgatar o ideal clássico de ciência que se havia perdido; e, restabelecer a filosofia com bases e condições de uma ciência rigorosa.

No entanto, um questionamento inquietava Husserl: como dar rigor ao raciocínio filosófico em relação a coisas tão instáveis e variáveis como as coisas do mundo real? O êxito do método científico está em que ele pode estabelecer uma "verdade efêmera" útil, que será verdade até que um fato novo mostre outra realidade ou prove o contrário. Para evitar que a verdade filosófica também fosse passageira, a solução, para Husserl, é que ela deveria referir-se às coisas como se apresentam na experiência de consciência, estudadas em suas essências, em seus verdadeiros significados, de um modo livre de teorias e pressuposições, desnudas de seus acidentes próprios do mundo real, do mundo empírico objeto da ciência. (COBRA, 2005; MÜLLER-GRANZOTTO; GRANZOTTO, 2003).

Husserl (1983) propôs então que, no estudo das vivências, dos estados de consciência, dos objetos ideais desse fenômeno, que é tornar-se consciente de algo, não devemos nos preocupar se a consciência corresponde ou não a objetos do mundo externo à nossa mente. Interessa à Fenomenologia não o mundo que existe, mas sim o modo como o conhecimento do mundo se realiza para cada pessoa.

Portanto, o projeto husserliano era construir um método que pudesse resgatar o ideal clássico de ciência que se havia perdido, e sustentar a filosofia como ciência rigorosa, propondo, então, a redução fenomenológica eidética e transcendental, método que se caracteriza, fundamentalmente, por suspender as atitudes, crenças, teorias, enfim, o conhecimento do mundo exterior como se já fossem em si mesmos; o que importava para Husserl naquele momento era a coisa como fenômeno de consciência (MÜLLER-GRANZOTTO; GRANZOTTO, 2003; COBRA, 2005; SENA, 2006).

A redução fenomenológica significa, portanto, compreender o conhecimento como um fenômeno da experiência de consciência; colocar o mundo real "entre parênteses", o que, no jargão fenomenológico, não quer dizer que devemos duvidar da existência do mundo como os idealistas radicais duvidam, mas sim, considerar que a questão para a fenomenologia é antes o modo como o conhecimento do mundo acontece, a forma como percebemos.

A fenomenologia, na perspectiva de Husserl, tem como tarefa primordial

retornar às coisas mesmas, o que significa reconhecer naquilo que produzimos algo que nos seja próprio, significa ter uma identidade com aquilo que fazemos no nosso cotidiano. A produção do conhecimento através do método fenomenológico consiste na descrição de vivências essenciais, pois a fenomenologia “[...] é uma filosofia que repõe as essências na existência” (MÜLLER-GRANZOTTO; GRANZOTTO, 2003; MERLEAU-PONTY, 2006; SENA, 2006; TERRA et al., 2006).

Na tentativa de discriminar a essência do conhecimento, Husserl desenvolveu uma teoria em que ele descreve as regras intencionais de determinação simbólica dos fenômenos percebidos (HUSSERL, 1983). Essa teoria envolve dois domínios: a intencionalidade operativa e a intencionalidade de ato. O primeiro refere à descrição da experiência sensório perceptiva ou ato intuitivo, aquilo que Brentano designou como fenômeno psíquico, que significa a vivência de um sentimento, cuja operação não depende das funções corticais superiores (reflexão, linguagem), tratando, portanto, de uma intencionalidade operativa (SENA, 2006).

O segundo domínio refere-se à descrição da experiência reflexiva, que também exprime uma unidade, a intencionalidade de ato; esta reúne no objeto transcendente a unidade dos atos primitivos e dos atos indicativos ou categoriais (SENA, 2006). Para a autora, a intencionalidade de ato significa, portanto, adicionar ao objeto transcendente todos os pensamentos imanentes e todos os sentimentos que os motivaram, ou seja, os vividos imanentes tornam-se um vivido transcendente.

Nesta perspectiva, os objetos são uma transcendência idealizada que reflete ou ratifica as vivências ou essências que a pessoa intuiu, e quando essa ratificação ocorre, os objetos podem ser pensados sob um olhar universal. Deste modo, Husserl compreendeu aquilo que ele não conseguiu com a teoria da intencionalidade brentaniana, que foi uma explicação sobre a universalidade dos objetos matemáticos. Neste aspecto, a fenomenologia constitui um conhecimento relacional, intersubjetivo e, portanto, é uma opção para o rompimento da tradição naturalista de que as coisas são em si mesmas, de que o conhecimento encontra-se ou no sujeito (subjetivismo) ou na natureza (objetivismo) (SENA, 2006).

3.4 MERLEAU-PONTY E A FENOMENOLOGIA DA PERCEPÇÃO

A fenomenologia merleau-pontyana inscreve-se totalmente na vivência da percepção, e por isso, muitos estudiosos do autor consideram seus escritos como uma filosofia da experiência. Para Merleau-Ponty (2006), a percepção é o campo de revelação do mundo, campo de experiência, não é um ato psíquico. Neste campo, sujeito e objeto fundem-se e nenhum discurso clássico consegue expressar de forma precisa o que a percepção exatamente é, ou seja, segundo o ponto de vista de quem a vive efetivamente.

Como uma experiência perceptiva, a fenomenologia trata de descrever aquilo que se mostra à percepção e não de explicar nem analisar os fatos (MERLEAU-PONTY, 2006), o que é próprio das ciências naturais. Todo o universo da ciência é construído sob a perspectiva do mundo vivido, atualizando no presente um passado e um futuro que sempre é em perspectiva.

Daí entende-se que a atividade intencional não é algo estático, mas processual e dinâmico. Isso foi o que Husserl concluiu e explicitou esquematicamente em seu terceiro projeto fenomenológico, por meio da discussão sobre noção de temporalidade em sua obra: *Lições para uma fenomenologia da Consciência Interna do Tempo* (HUSSERL, 1994). Para o filósofo, a temporalidade corresponde ao processo intencional que resulta na consciência como síntese intelectual, experiência que consiste em atualizar no presente os vividos retidos e um horizonte de futuro.

Em sua abordagem sobre a noção de temporalidade huesserliana, Merleau-Ponty compreende com profundidade a subjetividade humana e afirma que, o sujeito, como “não pode ser uma série de acontecimentos psíquicos, não pode, todavia ser estático. Resta que ele seja temporal, não por algum acaso da constituição humana, mas em virtude de uma necessidade interior” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 547). Na visão do autor, a intencionalidade é um processo intersubjetivo, e este só é possível na relação com o outro. A fenomenologia, como relatado anteriormente, rompe com a dicotomia subjetivo/objetivo, possibilitando a compreensão do conhecimento como um processo relacional. Ele é dinâmico e temporal.

Em Merleau-Ponty a temporalidade corresponde a percepção perceptiva dos fatos, das coisas e do mundo, desvelando possibilidades de transcendência, o que ocorre como uma experiência de campo fenomenal, e, portanto, como uma vivência ambígua.

O mundo que Merleau-Ponty se refere envolve duas dimensões que fazem parte dessa natureza ambígua humana: a impessoalidade (sentimento) traduzida em Husserl por mundo da vida; e a pessoalidade (experiência sócio-cultural) ou mundo da cultura na linguagem husserliana; tais dimensões constituem ao que o Merleau-Ponty chama de percepção. (SENA, 2006).

Neste sentido, conhecer implica em perceber a “relação natural” com o mundo, reencontrar o contato ingênuo com o mundo, ou seja, a percepção, e conferir-lhe um estatuto filosófico (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 5). Assim, o autor faz uma articulação entre a fenomenologia e a existência, retomando a noção de mundo com significativa relevância e oferece uma das principais contribuições ao pensamento filosófico contemporâneo.

Deste modo, Merleau-Ponty também adota a perspectiva de Husserl em que tudo o que conhecemos do mundo, sabemos-lo por meio de nossa própria vivência, da nossa experiência singular, que é, ao mesmo tempo intersubjetiva; até mesmo na ciência, o universo que esta constrói é arquitetado sob a perspectiva vivencial (MERLEAU-PONTY, 2006). A ciência nunca alcançará o mesmo sentido que o mundo percebido, pois este é um mundo vivido, é uma experiência vivencial que é descrita e a ciência a todo tempo está tentando explicar ou analisar os objetos da percepção.

Em suma, Merleau-Ponty avança em relação a Husserl, desenvolvendo uma filosofia da experiência; refutando a ideia de uma síntese intelectual ou consciência, ele acredita que não conseguimos obter a essência da consciência; a essência consiste em um movimento de reversibilidade entre dois pólos de uma mesma experiência: o sensível e o objetivo. Essa vivência ambígua é o que caracteriza a nossa experiência perceptiva como uma experiência de campo (SENA; GONÇALVES, 2008).

A investigação fenomenológica baseia-se, portanto, na ideia do “retorno as coisas mesmas”, que requer uma atitude descritiva, despida de “conceitos a priori”, visando descobrir, num encontro original, o que são as coisas nelas mesmas, tais como elas se mostram ou aparecem à consciência perceptiva. Esta “volta as coisas mesmas” é entendida por Merleau-Ponty como um retorno ao mundo, antes do conhecimento. Neste aspecto, toda determinação científica é abstrata, representativa e dependente. Logo, a fenomenologia introduz uma nova perspectiva sobre a construção do conhecimento, isto é, a noção de que o conhecimento ocorre a partir da intersubjetividade.

Pelo exposto, verifica-se que a fenomenologia para Merleau-Ponty constitui um elemento decisivo na orientação de seu projeto filosófico, que visa desvelar a experiência do ser humano no mundo; a familiaridade que com ele vive acaba por esconder e esquecer a intrínseca opacidade da relação homem-mundo, isto é, da percepção, e, neste sentido, “o feito não é chegar [...] a um sujeito puro, constituinte, mas sim, regressar ao mundo, até ali adormecido, a um mundo originário e vivo, ao brotar imotivado da experiência perceptiva” (MATOS DIAS, 1989, p.79).

Ao voltar-se para a experiência vivida, a fenomenologia adota uma forma de reflexão que possibilita olhar as coisas como elas se manifestam; descreve o fenômeno sem preocupar-se em explicá-lo ou analisá-lo, sem intenção de buscar relações causais; está voltada a mostrar e não a demonstrar, para descrever com rigor, pois através dela é que se pode chegar à essência do fenômeno (TERRA et al., 2006).

Com este olhar consegui pensar uma postura mais flexível na construção deste estudo com familiares de pessoas com sofrimento mental, principalmente, no que se refere ao estabelecimento de conceitos e aos pré-conceitos constituídos na sociedade da qual faço parte. Assim, por meio das leituras merleau-pontyanas, sinto mais confortável em perceber que o mundo no qual me insiro está sempre em construção e as coisas não se encontram prontas ou acabadas. Por isso, é necessário permitir que coisas que nos passam despercebidas se mostrem, é preciso “acordar” para essas coisas, e isso só será possível se nos abstermos delas por um instante, se as suspendermos, fazendo uma redução.

Neste ponto de vista, a partir do conhecimento do fenômeno, poderei trazer à luz o que se encontra na obscuridade, no registo do silêncio, dando a conhecer o que está aquém da habitual cisão entre sujeito e objeto. Aqui o método fenomenológico é, potencialmente, considerado uma possibilidade crítica para a percepção das vivências na perspectiva de quem as vive.

Falar da percepção do ponto de vista de quem a vive significa discorrer sobre a experiência do corpo próprio, aquela que contrai as ambigüidades que vamos encontrar em todas as partes do universo (SENA, 2006). Para Merleau-Ponty, podemos compreender as contradições que acontecem junto às coisas e aos outros, quando atentamos para o que ocorre no domínio do corpo próprio, pois este é capaz de reunir nele mesmo as ambigüidades do mundo da vida por inteiro.

3.4.1 A vivência do corpo próprio

Na perspectiva de estudar a **Fenomenologia da percepção** de Merleau-Ponty com a aspiração de compreender a evolução de seu pensamento em direção à noção do “outro”, foi oportuno adentrar no tema do corpo próprio e algumas de suas dimensões. Assim, para entender a noção de corpo habitual e corpo perceptivo no ponto de vista merleau-pontyano, reporto-me, fundamentalmente, à obra **Fenomenologia da Percepção** (2006) do filósofo e a tese de doutoramento de Sena (2006), que, com propriedade aborda o pensamento do filósofo.

3.4.1.1 O corpo habitual

Quando se percebe algo, não se vai além da perspectiva que se mostra no presente, mas se sabe que tal perspectiva traz consigo o anúncio de algo que é muito mais do que se apresenta, e que não depende da síntese de alguém.

Segundo o filósofo, o mundo se apresenta em possibilidades, mas estas arrastam consigo todas as demais sem que as elabore; e esta é, precisamente, a noção de fenômeno, aquilo que aparece em si mesmo através de si mesmo, não como algo como

em partes separadas, mas compondo uma figura sobre um fundo, de onde se segue que toda percepção é uma percepção de fenômeno, e, desta maneira, temos que lidar com a percepção com uma atitude fenomenológica (MERLEAU-PONTY, 2006; SENA, 2006).

Neste aspecto, Merleau-Ponty reconhece a ambiguidade da experiência perceptiva, na seguinte compreensão: é verdade que percebemos a coisa em si, mas esta percepção nos acontece sempre de um ponto de vista, que não aparece só, ele carrega consigo um fundo, um horizonte que se estabelece espontaneamente, não é preciso ser autor daquilo que vemos ou do seu significado, algo se mostra sem nossa intervenção (MERLEAU-PONTY, 2006; SENA, 2006).

Este horizonte que acompanha a manifestação fenomênica constitui o que o filósofo configurou como o corpo habitual, ou seja, o mundo se mostra parcialmente, porém, esta parte arrasta consigo um fundo, um hábito. Deste modo, o fenômeno é aquilo que aparece trazendo consigo um hábito, uma história que está vinculada a um fundo, e, neste sentido, independentemente da função corporal que exerçamos, trata-se de um exercício instaurado na impessoalidade (MERLEAU-PONTY, 2006; SENA, 2006).

Assim, esta é a noção de corpo habitual, um corpo fenomênico, um corpo que a cada momento está polarizado em algo, mas, ao mesmo tempo, sem se representar, conta com uma série de outras coisas em seu próprio corpo, sejam espaciais, sejam temporais (SENA, 2006). Igualmente, quando qualquer parte de nosso corpo anátomofisiológico encontra-se diretamente envolvida na realização de uma função específica, como, por exemplo, apanhar uma caneta do chão, todas as demais partes são coparticipantes e são mobilizadas a colaborarem com aquela parte, sem que se tenha de pensar sobre elas.

Neste sentido, cito Merleau-Ponty (2006, p. 143-144) que relata o seguinte: “meu corpo inteiro não é para mim uma reunião de órgãos justapostos no espaço. Eu o tenho em uma posse indivisa e sei a posição de cada um de meus membros por um esquema corporal em que eles estão todos envolvidos”. Para o autor, a noção de esquema corporal é tão paradoxal quanto as demais noções que surgem na dinâmica da

ciência. Neste pensamento, Sena (2006) acrescenta que para se compreender que o mundo sempre se mostra em perspectiva, mas ao mesmo tempo como algo em si mesmo, precisa-se entender como isto ocorre em nosso próprio corpo.

Em síntese, o pensamento acerca do corpo habitual de Merleau-Ponty inscreve-se na seguinte proposta: nosso corpo tem seu mundo ou compreende seu mundo sem precisar representar-se, sem subordinar-se a uma função objetivante, ele se impõe a nós sem que possamos decidir ou escolher. O esquema corporal é um sistema de correspondências, pelo qual as diferentes tarefas motoras são instantaneamente transponíveis, e, neste sentido, ele não é apenas uma experiência de nosso corpo, mas uma experiência de nosso corpo no mundo (SENA, 2006).

Do mesmo modo, o hábito não constitui um conhecimento nem um automatismo, trata-se de um saber que se entrega ao esforço corporal e que não se pode revelar por uma designação objetiva. Afinal, aprender a ver as coisas é contrair um novo uso do corpo próprio, é enriquecer e reorganizar o esquema corporal, o corpo habitual (MERLEAU-PONTY, 2006).

3.4.1.2 O corpo perceptivo

Nesta perspectiva, compreende-se que o corpo, entendido a partir do pensamento de Merleau-Ponty como sinônimo de percepção, movimenta-se sob dois pólos: de um lado, procura-se algo a partir de um passado anônimo (vivido intencional); de outro lado, ao desconhecer o que se procura, o corpo transcende-se em direção ao futuro, lança-se para além de si, rumo às possibilidades. Assim, como discutimos na vivência da temporalidade, em nossa atualidade, comportamo-nos de maneira a procurar algo desde um passado, e se não temos formulado aquilo que procuramos, vamos buscá-lo à nossa frente, onde não estamos.

Esta constitui a noção de corpo perceptivo, que retomando a noção de esquema corporal, seria este sistema em ação guiado por um hábito. Em presença do mundo objetivo, o pensamento inicial de Merleau-Ponty traduz o seguinte: temos um corpo habitual, anônimo e genérico, nele há uma intencionalidade; esta, por sua vez,

impulsiona o nosso corpo atual para frente em direção a algo; ao encontrarmos esse algo, ele também apresenta-nos uma história anônima, com a qual nosso corpo atual se funde e abre-se em direção a um futuro, a nossa história (MERLEAU-PONTY, 2006; SENA, 2006). Quando se trata da percepção do outro, esta perspectiva vai se modificar, pois enquanto diante do mundo percebido nossas vivências se fundem, diante do outro, sua história absorve a nossa, e, apesar de estarmos relacionados ao outro, nós nos experimentamos separadamente, ou seja, não obstante o outro coexistir conosco, ele nos revela algo que se distingue de nós (SENA, 2006).

Em síntese, a noção de Merleau-Ponty (2006) acerca do corpo perceptivo, traduz que o corpo em repouso é apenas uma massa obscura, nós o entendemos como um ser preciso e identificável quando ele se move em direção a uma coisa, enquanto ele se projeta intencionalmente para o exterior, cujo centro é ocupado pelas coisas e pelo mundo, e, desta maneira, não se pode conceber a coisa percebida sem alguém que a perceba. Logo, a coisa nunca pode ser separada do sujeito que a percebe e, conseqüentemente, nunca pode ser efetivamente em si, já que suas articulações são as mesmas de nossa existência, suas propriedades sensoriais constituem em conjunto uma mesma coisa, assim como todos os nossos sentidos são em conjunto as potências de um mesmo corpo integradas em ação, e se não se percebeu isto antes, foi porque os preconceitos do pensamento objetivo tornavam difícil a tomada de consciência, o “cair em si” do mundo percebido (SENA, 2006).

Enfim, o corpo perceptivo corresponde à conformação do esquema corporal ou sistema de equivalências do corpo atual (SENA, 2006). Este como corpo perceptivo, mediado pelo sistema de equivalências, configura-se uma “camada originária do sentir ou síntese perceptiva”, que consiste em uma organização temporal que o corpo perceptivo instaura no mundo da percepção, e, neste entendimento, o corpo secreta tempo: “Em cada movimento de fixação, meu corpo ata em conjunto um presente, um passado e um futuro, ele secreta tempo” (MERLEAU-PONTY, 2006, p.321). Assim, nosso corpo toma posse do tempo, pois ele faz um passado projetando para um futuro existirem para um presente, por conseguinte, o corpo não é uma coisa, ele faz o tempo ao invés de percebê-lo.

CAPÍTULO IV



4. O CAMINHAR METODOLÓGICO DA PESQUISA EMPÍRICA: A EXPERIÊNCIA DE PRATICAR A FENOMENOLOGIA

“O mundo fenomenológico não é o ser puro, mas o sentido que transparece na intersecção de minhas experiências com aquelas do outro, pela engrenagem de umas nas outras; ele é portanto separado da subjetividade e da intersubjetividade [...]”.

(MERLEAU-PONTY, 2006, p. 18).

A pesquisa fenomenológica, independentemente de sua raiz clássica: Husserl, Heidegger, Schutz, Sartre e Merleau-Ponty, busca conhecer o significado da experiência intencional (SENA, 2006). Para a autora, o que fundamentalmente, distingue o pensamento de cada um desses filósofos, é o modo de compreensão do significado, ou seja, a compreensão do processo intencional. Deste modo, o modelo husserliano mais tradicional, o qual Merleau-Ponty tomou como referência, busca alcançar as essências, por meio da redução fenomenológica eidética (MOREIRA, 2004). Já Merleau-Ponty, busca compreender o significado por meio da descrição da experiência perceptiva, que se refere à diferenciação do pólo irrefletido (experiência sensível) à reflexão (experiência da linguagem), permitindo que as coisas se mostrem em si mesmas.

Contudo, foi trilhando os caminhos metódicos da pesquisa que pude compreender a abordagem filosófica merleau-pontyana, pela qual o mundo percebido

se manifesta não como mero conteúdo psicológico, mas sim como a apresentação desse próprio mundo percebido. Neste sentido, a descrição fenomenológica da experiência não se limita a registrar uma representação psicológica, mas a desvelar as próprias coisas como elas são, o ser do mundo percebido. Assim, em minha interação com os familiares que convivem com uma PSM, descobri como acontece o processo intersubjetivo, o desvelamento dos fenômenos sob a ótica de quem vive, e a construção do conhecimento. Nesta perspectiva, segue-se o caminhar metodológico deste estudo.

4.1 NATUREZA DA PESQUISA

Trata-se de um estudo fenomenológico, de natureza qualitativa, o qual visa descrever o fenômeno como se mostra a partir de si mesmo. A abordagem qualitativa parte do princípio de que há uma relação intersubjetiva entre o mundo real e o sujeito, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser apresentado em números (CHIZZOTTI, 1998). Portanto, ao contrário do que ocorre nas pesquisas quantitativas, nas investigações qualitativas não são admitidas regras precisas, aplicáveis a todos os casos, em razão de sua diversidade e flexibilidade.

Como modalidade de pesquisa qualitativa, a fenomenologia busca a compreensão do fenômeno interrogado, não se preocupando com explicações dos fatos. O pesquisador conduz a pesquisa a partir de uma interrogação sobre determinado tema. Este estudo trata da convivência familiar com uma PSM, que necessita estar sendo vivenciado pelo sujeito. Para desvelar o fenômeno interrogado o pesquisador não parte de teses, teorias ou explicações a priori, mas do mundo-vida dos sujeitos que vivenciam o fenômeno em questão (CORREA, 1997). Nessa perspectiva, é por meio de suas experiências que é possível o pesquisador interrogar o mundo que o entorna.

A abordagem fenomenológica tem como principal fonte de dados o diálogo em profundidade entre pesquisador e sujeitos pesquisados, os quais se constituem sujeitos

ativos na pesquisa, uma vez que estão entrelaçados em um mesmo processo vivencial e intersubjetivo para a construção do conhecimento.

A escolha da fenomenologia como matriz metodológica da pesquisa, ocorreu também, por se constituir uma abordagem que, comprovadamente, se adéqua a estudos de caráter vivencial na área da saúde. Várias pesquisas têm sido desenvolvidas, em especial, na Enfermagem; trazendo contribuições significativas não apenas para a práxis da profissão, mas, principalmente, para a construção do saber como disciplina (TERRA et al., 2006). Para as autoras, a pesquisa fenomenológica necessita de um diferencial relevante à sociedade de maneira a estabelecer caminhos científicos que predisponham a um cuidar eficaz e de qualidade.

Neste entendimento, o presente estudo está relacionado com o nível de realidade que não pode ser quantificado, em que se observa o universo de significados, aspirações, crenças, motivos, valores e atitudes, correspondentes a um espaço mais íntimo das relações, dos processos e dos fenômenos, com o propósito de atingir uma perspectiva mais ampla em relação ao tema. (MINAYO, 1993). É, portanto, um estudo qualitativo, uma vez que “incorporou a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas [...] como construções humanas significativas” (MINAYO, 2000, p. 21).

4.2 O ENCONTRO COM OS SUJEITOS DA PESQUISA

Considerando a concepção fenomenológica de que a construção do conhecimento é intencional, a composição do grupo de participantes da pesquisa ocorreu a partir de experiências intersubjetivas - as reuniões semanais de pessoas em sofrimento mental (PSM) e seus familiares no Ambulatório de Saúde Mental (ASM) do Hospital geral Prado Valadares (Hgpv)/Jequié-BA.

Essas reuniões, inicialmente, eram organizadas pelo enfermeiro coordenador do Ambulatório de Saúde Mental/Hgpv, com a finalidade de orientar os usuários e familiares sobre as normas e rotinas do setor, e os cuidados com a medicação (posologia, armazenamento, entre outros). Ao assumir a função de enfermeira

assistente daquele serviço senti a necessidade de reorganizar as reuniões juntamente com outros profissionais (enfermeiro coordenador do serviço, terapeuta ocupacional e assistente social, esta não mais trabalha no setor), a fim de criar um contexto de intersubjetividades em que profissionais, usuários e familiares pudessem compartilhar vivências sobre suas inquietações, dificuldades, limitações, fragilidades e mecanismos que utilizam para solucionar problemas relacionados ao processo saúde-doença mental. Assim, passou a existir no serviço um grupo e um espaço muito importante para a experiência de produção do cuidado em saúde mental, um local para discussões que realmente interessam a clientela, que se reunia duas vezes por semana. A este grupo chamamos de Grupo de Usuários e Familiares de Pessoas em Sofrimento Mental (Gufpsm).

Em uma das reuniões do Gufpsm, convidei os familiares do grupo para participar da pesquisa. Ao final da reunião, dez familiares se apresentaram interessados. Destes dez, convidei cinco para participar previamente da primeira etapa da coleta de dados (entrevista), no entanto, devido a falta de disponibilidade de tempo, apenas quatro aceitaram a participar desta etapa, ficando os outros seis para, juntamente com aqueles primeiros, comporem o universo de sujeitos para a segunda etapa da coleta de dados (grupo focal), ou seja, o total de dez sujeitos participariam desta última etapa. Assim, expliquei a estes que após as entrevistas individuais com os quatro primeiros colaboradores, agendaria com eles as datas e os locais para realização das reuniões de grupo focal.

Considerando como critérios: serem maiores de 18 anos, de ambos os sexos; serem familiares responsáveis pelo cuidado direto ou indireto da PSM cadastradas no ASM; necessitarem de participar, regularmente, das reuniões de usuários e familiares que acontecem no ASM.

Deste modo, o espaço das reuniões foi considerado o contexto de onde emergiram os dez familiares que aceitaram o convite para participar da pesquisa, pois ao longo dos dois anos em que trabalho no Serviço de Saúde Mental do Hgpv (ASM e enfermagem psiquiátrica), e, como integrante do Gufpsm, na condição de profissional de Saúde Mental, entendo o quanto aqueles momentos de reuniões com usuários e

familiares contribuíram para a ressignificação de minha vivência como militante no campo da saúde mental.

Os dez sujeitos da pesquisa foram identificados por codinomes referentes a nomes de flores e seus dados de identificação estão descritos no quadro 1 a seguir:

Sujeito	Parentesco	Tempo de convivência	Profissão	Estado Civil	Escolaridade	Condições sócioeconômicas
<i>Crisântemo</i>	Mãe	32 ANOS	Dona de casa	Divorciada	1º grau	Baixa
<i>Orquídea</i>	Mãe	02 ANOS	Dona de casa	Casada	1º grau inc.	Baixa
<i>Jasmim</i>	Irmã	+ 30 ANOS	Téc. de enfermagem	Solteira	2º grau	Baixa à média
<i>Antúlio</i>	Pai	+ 27 ANOS	Motorista (aposentado)	Casado	1º grau	Baixa
<i>Gardênia</i>	Irmã	24 ANOS	Empresária	Viúva	2º grau	Média
<i>Margarida</i>	Mãe	+ 30 ANOS	Dona de casa	Casada	1º grau inc.	Baixa
<i>Azaléa</i>	Irmã	+ 21 ANOS	Empregada doméstica	Casada	1º grau inc.	Baixa
<i>Dália</i>	Mãe	13 ANOS	Dona de casa	Viúva	1º grau	Média
<i>Violeta</i>	Irmã	13 ANOS	Estudante de enfermagem	Casada	3º grau inc.	Média
<i>Bergônia</i>	Mãe	08 ANOS	Vendedora de plano de saúde	Casada	2º grau	Média

Quadro 1 – Identificação dos sujeitos da pesquisa - Construção própria baseada nas informações dos sujeitos pesquisa

Figura 1 - Quadro 1: identificação dos sujeitos da pesquisa

4.3 O CENÁRIO QUE PROPICIOU O ENCONTRO COM OS SUJEITOS DA PESQUISA

O estudo realizou-se no Ambulatório Lourival Burgus Muccine do Hgpv, em Jequié/BA, atualmente conhecido como Ambulatório de Saúde Mental (ASM) do Hgpv.

A instituição (ASM) foi inaugurada em 25 de outubro de 1977, período antecedente a muitas mudanças significativas para o Brasil, no que se refere à saúde e, conseqüentemente, a saúde mental. Neste sentido, apesar desta prática ambulatorial ser bastante inovadora para a época de sua criação, o ASM desenvolveu-se com as marcas da psiquiatria clássica, como, por exemplo, a ênfase e a valorização na medicalização da pessoa e em seu diagnóstico (doença), baseado no CID 10; e a centralização da assistência na figura médico psiquiatra. Como haveria de se esperar, o ASM do Hgpv também sofreu as repercussões da Constituição de 1988, criação do SUS, Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, o que trouxe significativas mudanças na assistência à saúde mental prestada.

Atualmente, o ASM do Hgpv oferece atendimento multiprofissional, com uma equipe formada por dois médicos psiquiatras, um neurologista, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem; além de profissionais do serviço administrativo constituído por duas recepcionistas e duas profissionais responsáveis pelo Same (arquivos/prontuários) e outros profissionais de apoio. O serviço tem cerca de 1.800 usuários cadastrados, todos residentes no município de Jequié/BA, proporcionando a essas pessoas consultas multiprofissionais, distribuição de medicamentos via SUS, práticas de educação em saúde e visitas domiciliares (médica e de enfermagem) aos usuários acamados ou com alguma limitação para o acesso ao serviço. O ASM funciona de segunda à sexta-feira, das 07:00 às 13:00, e desde a inauguração já atendeu a mais de 20.120 pessoas em sofrimento mental, além do suporte a seus familiares.

A maior proximidade com o grupo de familiares e usuários ocorreu ao inserir-me no Mestrado em Enfermagem e Saúde da Uesb, quando passei a envolver-me mais intensamente com o grupo, num período de aproximadamente, um ano e oito meses, com o empenho em ressignificar aqueles encontros, fazendo ver sua importância para todos os integrantes; essa vivência possibilitou-me perceber a ontologia da experiência de Merleau-Ponty.

Posteriormente, decidi reunir com os familiares separadamente dos usuários, pois com a proposta da dissertação de mestrado queria ocupar-me em conhecer, de

forma mais aproximativa, a convivência familiar com a PSM, na percepção do familiar cuidador que, na perspectiva merleau-pontyana, mostra a generalidade da família, e isso inclui também a PSM. Desta maneira, cada encontro, constituía-se em um ambiente de consolidação de uma vivência de campo, que me abria várias possibilidades de avançar para o alcance do objetivo primordial da pesquisa.

Enfim, o grupo não foi apenas o campo de onde surgiram os sujeitos do estudo, mas se constituiu em um espaço de construção e confirmação das vivências intersubjetivas com as quais reconhecemo-nos como generalidade intercorporal.

4.4 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA OBTENÇÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS

Escolhemos a associação de duas técnicas para a obtenção das descrições vivenciais da pesquisa: a entrevista e o Grupo Focal (GF).

A entrevista foi escolhida como estratégia para perceber as vivências dos familiares relacionadas a convivência com uma PSM, membro da família. Tratou-se então de um estudo vivencial, com o qual pretendi desvelar os fenômenos por meio da relação dialógica entre os sujeitos, na qual se predomina a palavra como um apelo ao outro (MERLEAU-PONTY, 2002a).

Nesta perspectiva, os familiares foram convidados a participar da primeira etapa da pesquisa (a entrevista individual em profundidade), que no ponto de vista de Bauer e Gaskell (2005), o entrevistador deve ser aberto e descontraído, e, apesar de ter um tópico guia ou roteiro com pontos centrais relacionados ao problema de pesquisa, deve deixar o entrevistado à vontade para desvelar suas vivências.

Conforme explicitarei anteriormente, em uma das reuniões do Gufpsm no ASM, a experiência de campo teve início com a apresentação do projeto de pesquisa aos integrantes do grupo. Não obstante estes já terem conhecimento da perspectiva do estudo, nesta reunião em especial, com a presença do enfermeiro coordenador do ASM, fiz uma exposição dos objetivos, da proposta metodológica, dos possíveis benefícios do estudo como construção do conhecimento na área de saúde mental,

evidenciando a sua possibilidade de subsidiar o planejamento e a implementação de estratégias que vissem atender a estas famílias e usuários do serviço, principalmente no que diz respeito a convivência no contexto familiar. Informe também que o projeto fora submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), conforme parecer de aprovação do CEP/ Uesb (ANEXO A), por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Tcle), onde constavam todos os direitos dos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa, bem como, os deveres do pesquisador (APÊNDICE A).

No passo seguinte, que consistiu em convidar os familiares do Gufpsm para participarem da pesquisa, conforme descrevi no tópico “*O encontro com os sujeitos da pesquisa*”, em um primeiro momento, com os quatro familiares que aceitaram participar das entrevistas individuais, discuti mais detalhadamente o desenvolvimento da pesquisa, seu objetivo, a estratégia de coleta de dados; salientei ainda, a importância desta primeira etapa para a discussão de questões relacionadas a convivência cotidiana com um familiar em sofrimento mental e a necessidade de construir um roteiro com temas norteadores para as discussões no grupo focal. Na oportunidade agendei com os participantes as datas e locais para a realização das entrevistas a saber: quatro entrevistas, três a serem realizadas na sala de consulta de enfermagem do ASM, e uma entrevista na residência do familiar, de acordo a escolha de cada um. As duas primeiras entrevistas foram realizadas, uma de cada vez, no mesmo dia (04 de Março de 2010), e, as outras duas, nos dias subsequentes. O diálogo, em cada entrevista, foi iniciado solicitando que a pessoa falasse um pouco sobre: a convivência na família com um membro em sofrimento mental, o significado de conviver com uma PSM na família, as limitações/potencialidades que sente a família no convívio com uma PSM e os mecanismos ou estratégias utilizadas no dia a dia familiar com a PSM. Neste momento, incentivei que ficassem à vontade para expressar seus sentimentos sobre o assunto.

A duração de cada entrevista individual foi de 40 a 60 minutos, aproximadamente. Concluída a etapa, procedeu-se a transcrição criteriosa conforme registro das falas no gravador, e, em seguida a transcrição, procedimento que consiste

na organização do texto, retirando vícios de linguagem e ordenando as informações de acordo com os objetivos do estudo. A próxima etapa seguiu-se com a leitura criteriosa do texto e identificação dos temas de pesquisa para a discussão em grupo focal. Tal percepção ocorreu à luz do referencial teórico metodológico da pesquisa - a filosofia da experiência de Merleau-Ponty, que tem como base a compreensão da ambiguidade inerente a percepção humana.

Neste sentido, as entrevistas transcorreram em um universo de ambiguidades, no entrecruzamento do ser bruto (natureza humana sensível) e do espírito selvagem (linguagem), em um movimento de busca essencial, mas tendo a certeza de que o essencial era o próprio movimento de busca, orientado pela satisfação do contato com o outro, e no caso da presente pesquisa, pelo desejo de ouvir sobre a convivência de familiares de PSM; retomando sempre minhas vivências como enfermeira e cuidadora de PSM, em um compartilhar de histórias distantes ou próximas, atitudes, sentimentos, saberes; afinal, uma percepção que arriscamos entendê-la, mas não podemos explicá-la.

Deste modo, por meio das entrevistas, experiência intercorporal com os quatro familiares selecionados no Gufpsm, foram elencados os temas que se revelaram de forma ambígua e compuseram o roteiro norteador do GF. Os temas elencados e validados pelos entrevistados foram os seguintes: convivência “tranquila” e convivência “conflituosa” da família com a PSM; estar acompanhado e sentir-se sozinho; sobrecarga de responsabilidades e sentimento de amor/gratificação/aprendizado na experiência de cuidar e conviver com uma PSM; obrigação de estar sempre disponível e a não disponibilidade de tempo em função dos diversos papéis sociais que assume; a crença de que nunca deve sentir-se cansado/doente para cuidar de uma PSM membro da família e a ocorrência do adoecimento como parte da existência; aceitação por parte da família e sentimentos de revolta e culpa; a crença em um Deus que realiza cura e a doença mental como um designo de Deus; a permissão e a privação da liberdade da PSM; proteger a PSM da discriminação e violência social e proteger a sociedade da PSM; firmeza no agir e flexibilidade por parte do cuidador familiar no convívio com a PSM.

Portanto, por se tratar de um estudo fenomenológico não levei para debater no GF perguntas prontas, mas sim temas flexíveis que fluíram das entrevistas individuais com os quatro participantes iniciais. A intersubjetividade inerente nos encontros de Grupo Focal permitiu-me a percepção dos fenômenos em resposta à questão de pesquisa, e outra vez, estimulei os participantes a se sentirem à vontade para falar de suas experiências de conviabilidade com o membro em sofrimento mental.

O GF, também considerado uma técnica de coleta de dados muito utilizada na pesquisa qualitativa, possibilita a obtenção dos dados sobre experiências de vida, sentimentos, percepções, preferências, comportamentos, opiniões e necessidades dos participantes, por meio de reuniões em grupo com os sujeitos. Em síntese, GF pode ser utilizado no entendimento das diferentes percepções, sentimentos e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço (DALL'AGNOL; DEBUS, 1997; TRENCH, 1999; IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Para Neto et al. (2002) a característica fundamental da técnica de GF está no fato da necessidade de se trabalhar com a reflexão de suas vivências, que se expressam por meio da “fala” dos participantes, deixando que revelem, simultaneamente, seus pensamentos, sentimentos, impressões e concepções sobre determinado tema. Em consequência, as informações desveladas são de cunho essencialmente qualitativo. A “fala” nos GF não é simplesmente descritiva ou expositiva, mas constitui-se na “fala em debate”, uma vez que todos os pontos de vista anunciados devem ser discutidos pelos participantes.

Essa concepção de GF corrobora o pensamento merleau-pontyano, visto que a técnica não consiste em uma troca de informações, em que cada um tem pensamentos a priori, e durante as reuniões de GF esses pensamentos são mencionados. Ao contrário, é uma experiência em que as falas precedem os pensamentos, ou seja, os sujeitos falantes articulam os pensamentos inteiramente no exterior (MERLEAU-PONTY, 2002a). Assim, neste estudo, o GF constituiu uma experiência de reversibilidade, em que um abre possibilidade para que o outro se torne um outro eu mesmo (MERLEAU-PONTY, 2000).

O GF fornece ainda um fórum para a reflexão e a busca de soluções inovadoras relacionadas a uma determinada situação e cria um processo em que os grupos podem visualizar e definir a complexidade dos problemas e soluções (DESROSIER; ZELERS, 1989). Para a realização da técnica deve existir interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva compartilhar informações a partir da discussão focada em temas específicos, mas, flexíveis, motivo pelo qual se denomina de grupo focal. Para que a técnica de GF atinja êxito, faz-se necessário o desempenho de quatro funções exercidas durante os encontros do grupo: *mediador*, *relator*, *observador* e *operador de gravação*; e outras duas funções de *transcritor de gravação* e *digitador*, desenvolvidas após o término dos encontros (NETO et al., 2002).

O *mediador* tem a função chave da técnica, sendo o responsável pelo início, pela motivação, pelo desenvolvimento e pelo encerramento dos debates, interagindo-se com os participantes. A qualidade das informações levantados no GF está intimamente vinculada a seu desempenho, que se traduz no favorecimento da integração dos participantes, na intersubjetividade, na garantia de oportunidades equânimes a todos, na valorização da diversidade de opiniões, no respeito à forma de falar dos participantes, e na abstinência de posturas influenciadoras e formadoras de opinião (NETO et al., 2002).

A atribuição do *relator* consiste em anotar as falas, nominá-las, associá-las aos motivos que as incitaram e enfatizar as idéias nelas contidas. Deve registrar também a linguagem não verbal dos participantes, como, por exemplo, tons de voz, expressões faciais e gesticulação. O material coletado não precisa ser a transcrição literal das falas, pois, essa tarefa cabe a outras funções, mas sim, um rol de posturas, idéias e pontos de vistas que subsidiarão as análises posteriores (NETO et al., 2002).

Ao *observador* compete analisar e avaliar o processo de condução do GF, atendo-se aos participantes isoladamente e a suas relações com todo o grupo. As anotações devem ter como meta a constante melhoria da qualidade do trabalho e a resolução dos problemas e as dificuldades enfrentadas, e observar alguns quesitos importantes: se cada participante sentiu-se à vontade diante dos profissionais; se houve integração entre os participantes; se eles compreenderam corretamente a

pretensão/intuição da pesquisa e a forma como as funções de mediador, relator e operador de gravação foram exercidas (NETO et al., 2002).

Já o *operador de gravação* limita-se a efetuar a gravação integral das discussões do grupo de acordo com o equipamento disponível; e o *transcritor de gravação* tem uma função de extrema importância, visto que qualquer problema durante a transcrição pode modificar a fala dos participantes, provocando prejuízos ou até mesmo impedindo a exata análise dos dados coletados; durante a transcrição, devem ser mantidos todos os erros de linguagem, as pausas no diálogo e não devem existir interpretações ou limpezas de texto, a fim de que as falas sejam as mais fiéis possíveis. Finalmente, a atribuição do *digitador* é transpor todas as informações, manuscritas ou não, e gravadas em um programa de computador, de maneira a fornecer o resultado desejado (NETO et al., 2002).

Apesar de todos esses papéis, segundo o autor, não é preciso que haja seis pesquisadores para o bom desempenho e desenvolvimento do GF, pois este poderá ser conduzido por, no mínimo, dois pesquisadores, desde que trabalhem com muita disciplina, dedicação e tempo disponível. Desta maneira, apesar do número reduzido de pesquisadores, esta técnica poderá ser aplicada com sucesso. Durante os encontros faz-se necessário que aquele que desempenhar o papel de *relator*, exerça também as funções de *observador* e *operador de gravação*, permitindo que o outro pesquisador atue somente como *mediador*. Após o término do GF, as funções de *transcritor* e *digitador* poderão ser divididas igualmente.

Diante do exposto, neste estudo trabalhei com a equipe mínima necessária: mediador e relator; funções que foram desempenhadas, respectivamente, por mim, pesquisadora, e por uma profissional do ASM do Hgpv (Terapeuta Ocupacional) que, voluntariamente, se dispôs a participar da pesquisa.

A maioria dos autores orienta que o GF deve ocorrer com o número de 6 a 12 participantes, cuja seleção baseia-se na identificação de certas características que possuam em comum, relacionadas ao tema que se pretende pesquisar. Sua duração típica é em torno de uma hora e meia a duas horas. A conversação deve limitar-se a, no máximo, cinco tópicos. O moderador tem uma agenda onde estão delineados os

principais temas a serem abordados; as perguntas, quando realizadas, não devem ser fechadas, permitindo a contribuição de novas idéias sobre o assunto (DALL'AGNOL; DEBUS, 1997; WILKINSON, 1999; TRENCH, 1999; IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Neste estudo, adotei a abordagem de Wilkinson (1999). De acordo com a autora, o GF caracteriza-se como um procedimento contextual que evita focalizar o participante destituído de seu contexto social, ou separado da interação com outros; um procedimento não hierárquico, que desloca o foco de poder do pesquisador para os participantes.

Por se tratar de um estudo fenomenológico, assim como na entrevista individual, o GF não se realizou com perguntas de antemão formuladas, mas sim, a partir dos temas desvelados nas entrevistas individuais com os quatro sujeitos inicialmente selecionados para a pesquisa, possibilitando o processo intencional que ocorreu a partir da intersubjetividade do grupo. Para a constituição do GF tive a colaboração dos 04 (quatro) participantes das entrevistas individuais, além de mais 06 (seis) familiares que voluntariamente aceitaram a participar da pesquisa. Desta maneira, compuseram o universo do GF o total de 10 (dez) integrantes, todos familiares que acompanham um membro em sofrimento mental do Gufpsm existente no ASM do Hgpv.

O GF foi desenvolvido em quatro encontros, alcançando a discussão de todos os temas propostos, sendo as datas negociadas com os participantes. As reuniões aconteceram uma a cada semana na sala de reuniões do Ambulatório de Saúde Mental do Hgpv, com duração em média de 2 horas, a partir do dia 16 do mês de Abril/2010 até o dia 06 de Maio/2010, conforme a sugestão do grupo, pelas tardes de quinta-feira, pois nesse horário não há atendimentos, possibilitando-nos ficar mais a vontade. As discussões foram gravadas, por meio de um mini gravador digital, transcritas, analisadas e validadas pelos participantes em outra reunião apenas para esse fim.

No primeiro encontro com o GF a moderadora deu as boas vindas e agradeceu a presença de todos os participantes. Apresentou a proposta e justificativa do projeto de pesquisa novamente, mais uma vez, elucidando os objetivos e metodologia de

trabalho. Em seguida fez a dinâmica de apresentação intitulada “*A teia*”: As pessoas do grupo encontravam-se dispostas em um círculo e com um novelo de cordão na mão e com o dedo indicador enrolado em uma das pontas do cordão a pessoa se apresentava ao grupo, falando sucintamente sobre sua convivência com uma PSM na família; por conseguinte jogava o novelo em direção a próxima pessoa escolhida, para que a mesma fizesse a apresentação, e, assim sucessivamente, até que todos se apresentaram e com o cordão entrelaçado no centro do círculo de pessoas, formou-se uma teia, parecida com a teia da aranha.

A dinâmica, além de evidenciar a importância da união do grupo para o trabalho em equipe, mostrou também a prática do entrelaçamento das pessoas como em um processo intersubjetivo. Na perspectiva fenomenológica, o conhecimento acontece na relação com o outro, no compartilhar de experiências intersubjetivas dos sujeitos, e não no intelecto do pesquisador, como acredita os psicologistas, nem tão pouco, nas coisas como afirmam os objetivistas (SENA, 2006). Assim, a dinâmica ilustrou a construção do conhecimento como o resultado de um processo interacional dos sujeitos, em que todos são importantes para a produção do saber.

Após a dinâmica para o entrelaçamento do grupo, foram realizadas algumas orientações pela moderadora, que esclareceu o processo do Grupo Focal, como a segunda etapa da coleta de dados da pesquisa, sendo dito que a entrevista individual foi à primeira etapa realizada com quatro membros daquele grupo maior. Os temas identificados na primeira etapa da pesquisa foram apresentados a todo o grupo e chamados de “*frutos*” das entrevistas individuais que, simbolicamente, foram afixados em desenhos de maçãs, dispostos em uma árvore, chamada de “*árvore temática*”, como ilustrado nas figuras 2 e 3 seguintes:

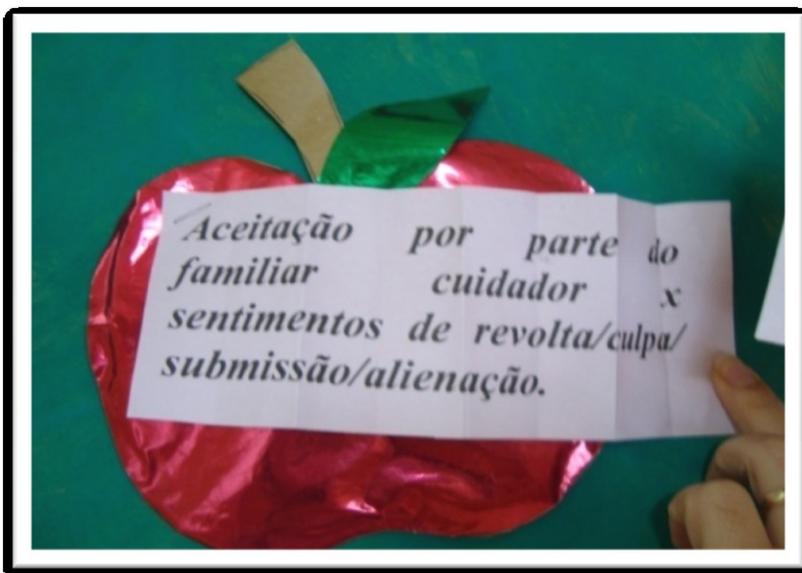


Figura 2- Árvore temática



**Figura 3 - Árvore temática:
evidência nos "frutos"**

A “*arvore temática*” foi construída pelos usuários (PSM) do Ambulatório de Saúde Mental do Hgpv, em um momento de descontração em reuniões semanais do serviço, com a ajuda da pesquisadora, também enfermeira do setor e a terapeuta ocupacional. No total foram afixados na “*árvore temática*” dez “*frutos*”, que continham os temas selecionados nas entrevistas individuais, segue os exemplos das figuras 4-A e 4-B:



**Figura 4-A – “Fruto” com tema:
exemplo 1**

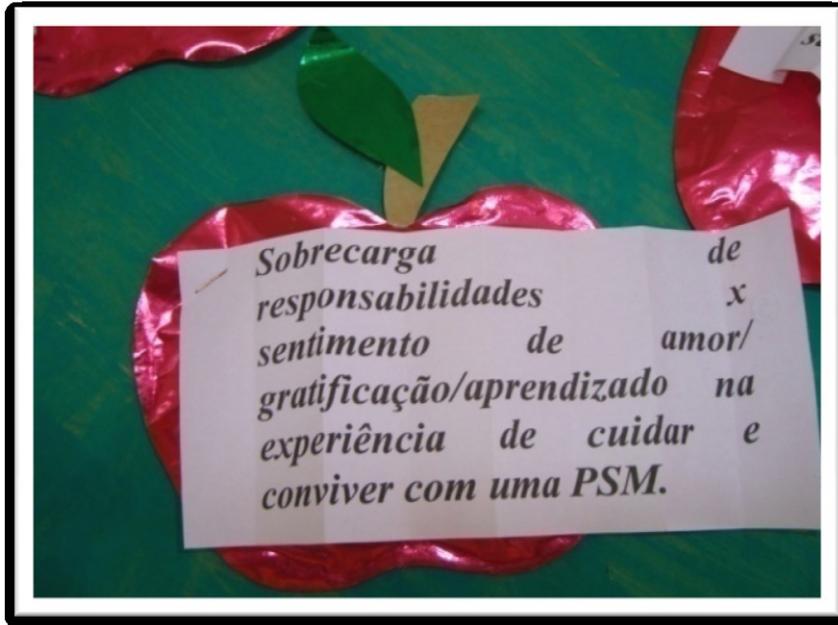


Figura 4-B - "Fruto" com tema:
exemplo 2

Cada participante teve a oportunidade de escolher um “*fruto*”, colhendo-o da “*árvore temática*”, e, a cada escolha, o tema afixado era lido por quem o havia colhido, para que todo o grupo soubesse de que assunto se tratava, e, assim iniciava-se a discussão de grupo focal, em que debatíamos um tema por vez, até que sentíamos a necessidade de cessar a discussão e passar ao tema seguinte. Ressaltando que no início da discussão a moderadora chamou a atenção do grupo para a ambiguidade implícita nos temas, considerando que resultaram da operação perceptiva.

A agenda era negociada no início de cada encontro e, em todas as reuniões, um relatório foi escrito contendo as atividades desenvolvidas e decisões tomadas, incluindo planos e avaliações e, a partir do segundo encontro, a relatora lia o relatório com as anotações de campo de tudo que havia ocorrido na reunião anterior, sendo o mesmo, ao final da leitura, confirmado e aprovado pelo grupo. No final de cada encontro, uma avaliação era realizada, a partir da qual ocorriam alguns direcionamentos; assim, cada participante teve a oportunidade de falar sobre seus sentimentos e suas percepções sobre processo e dar sugestões para melhorar os encontros seguintes e o processo como um todo.

Neste estudo, apesar do GF ter sido utilizado apenas como instrumento de coleta de dados ou de obtenção das descrições vivenciais, e não se constituir no

método de pesquisa, não deixou de exercer uma de suas principais funções, pois com base no diálogo e participação colaborativa, os integrantes do grupo tiveram a oportunidade de falar de suas vivências, discorrerem sobre questões que os inquietavam na convivência com a PSM, compartilhar seus problemas e encontrar conjuntamente, soluções possíveis para a construção de um (con)viver mais saudável. Além de possibilitar o aprofundamento da temática proposta e constituir-se em uma forma de validação do estudo.

A experiência de campo com a prática da entrevista e do GF fez ver que as lacunas não poderiam ser inteiramente preenchidas pela palavra. Desta maneira, percebi que o conhecimento que buscava encontrar entre os familiares e suas respectivas famílias é inapreensível; por conseguinte, as objetividades que se constituíram a partir das falas não consistem em teorizações imutáveis, mas em idealidades transitórias que sempre estão se reconstruindo. A comunidade que se exprime nas descrições é a experiência da convivência que, nesse estudo, entendo como sendo a própria percepção; o que faz unidade nas vivências é a experiência de campo, portanto, todos fazem parte de uma mesma ambiguidade, que é a convivência cotidiana com um familiar em sofrimento mental no contexto da família. Ao inserir a palavra, abriram-se possibilidades para me reconhecer como parte da coexistência que caracteriza a comunidade das famílias que, ao mesmo tempo em que se experencia uma vivência comum, uma generalidade, se depara com uma diferença que permite ser um “outro eu mesmo”.

Desta forma, as estratégias da entrevista e GF possibilitaram-me desenvolver a relação dialógica com os familiares e perceber as descrições vivenciais que se mostraram em um movimento de busca essencial inesgotável.

4.5A ANALÍTICA DA AMBIGUIDADE: ESTRATÉGIA DE PERCEPÇÃO FENOMÊNICA DO ESTUDO

Por constituir-se uma pesquisa que busca a descrição vivencial, optei pela *analítica da ambiguidade* para analisar e categorizar os fenômenos percebidos nas

falas obtidas por meio do diálogo com os sujeitos da pesquisa. A técnica foi desenvolvida por Sena (2006), inspirada na redução fenomenológica eidética, método desenvolvido por Edmund Husserl e na ontologia da experiência de Merleau-Ponty.

A aplicação da *analítica da ambiguidade* (SENA, 2006; SENA; GONSALVES, 2008, 2010) consistiu na análise criteriosa do *corpus* constitutivo das entrevistas e GF realizados com os integrantes do estudo, deixando que os diversos perfis da convivência familiar com a PSM se mostrassem espontaneamente na intersubjetividade pesquisadora-texto.

A *analítica da ambiguidade* ocorre de modo semelhante à experiência de contemplação de uma paisagem em que, involuntariamente, percebe-se uma figura. Para tanto, foi necessário fechar a paisagem às demais figuras e ater-se o olhar no contorno da figura que se vê. Este artifício não pertence ao domínio reflexivo, ele ocorre em todos os momentos de nossa vida, espontaneamente (SENA, 2006). Desta maneira, procedeu-se a análise das descrições vivenciais dos familiares que convivem com uma PSM. Destacando que não se tratou de descrever o mundo vivido que traz em si a consciência, como um conjunto de conteúdos “psíquicos”, como requer o psicologismo, mas sim de compreender como esse vivido se estabelece e se mostra a partir de si mesmo. Logo, os temas constitutivos das entrevistas, que serviram de base a discussão no GF, bem como aqueles percebidos nos encontros do grupo, foram considerados como figuras, que trouxeram consigo um fundo repleto de outras figuras.

Neste sentido, atendendo ao rigor acadêmico, a partir dos “dados empíricos” (descrições vivenciais dos familiares estudados), a analítica consistiu em perceber as ambiguidades que apareceram nas falas dos entrevistados, e objetivá-las sob a forma de categorias. Tal processo ocorreu conforme a descrição que se segue (SENA; GONÇALVES, 2008, 2010):

As descrições vivenciais correspondentes aos encontros de GF com os familiares que convivem com PSM, registradas sob gravações digitais, foram transcritas de forma criteriosa, na íntegra e organizadas em textos. Em seguida, foram realizadas leituras exaustivas do material, partindo das considerações: tratar-se de um estudo fenomenológico cujo foco é a descrição e não a explicação do fenômeno; as

vivências são ocorrências perceptivas e, por isso, acontecem em campo fenomenal, que tem a ver com a nossa inserção no mundo da vida, que é a percepção sob a ótica de quem a vive; como se tratou de uma experiência perceptiva, compreende-se que a mesma apresentou-se como uma experiência ambígua, sendo assim, envolveu duas dimensões a saber: a impessoalidade – sentimentos; e a pessoalidade – história social; compreendendo-se também que se está diante de depoimentos que visaram descrever a percepção de uma experiência ambígua (conviver com uma PSM), o que se mostrou nos depoimentos foram fenômenos, e estes apareceram sempre em perfil, porém anunciaram outros perfis.

Diante de tais considerações, a leitura do material fluiu livremente, deixando que os fenômenos se mostrassem em si mesmos a partir de si mesmos, isto é, fazendo fenomenologia. Significa dizer que o pesquisador vive sua experiência perceptiva durante a leitura, estabelecendo a intersubjetividade com o texto e nela se reconhecendo como generalidade intercorporal. Neste processo, apareceram as categorias do estudo revelando a ambiguidade que é própria da percepção humana.

É nesse universo de noções, que através da análise das descrições vivenciais desse estudo, encontrei-me em regime de redução fenomenológica, uma vez convencida de que há teses dogmatizantes do conhecimento, a partir das quais se acreditam que as coisas e os outros já são em si mesmos. Na intersubjetividade com o texto percebi inúmeras ambiguidades inerentes à experiência dialógica, visto tratar-se de campo fenomenal, e decidi por efetuar certas objetivações (definição de categorias).

4.6 COMPONENTES ÉTICOS DO ESTUDO: A PRESERVAÇÃO DOS DIREITOS DOS SUJEITOS E DEVERES DO PESQUISADOR

Atentando para a Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao CEP/Uesb, para apreciação, e, somente após o parecer favorável, protocolo N° 138/2009, foi iniciada a obtenção das descrições vivenciais.

Por sua vez, os sujeitos que se dispuseram a participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Tcle), o qual se encontra no *ANEXO A* deste trabalho. Desta maneira, foi cedido ao pesquisador o direito de gravação das falas, transcrição literal das gravações e divulgação por meio da publicação dos resultados da pesquisa em artigos, revistas e eventos técnico-científicos nacionais e internacionais. Ressaltando que o Tcle (Anexo A) assegurou aos sujeitos o sigilo e o anonimato das informações coletadas. Neste sentido, cada sujeito foi identificado por codinome referente a nomes de flores, e apenas o pesquisador e seu orientador têm acesso aos Tcle, e as informações originais (gravações) serão guardadas por cinco anos em armário chaveado.

CAPÍTULO V



5 O ENTRELAÇAR ENTRE O FAMILIAR QUE CUIDA E A PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL: UMA EXPERIÊNCIA AMBÍGUA DO CORPO PERCEPTIVO

A percepção “não se apresenta como um acontecimento no mundo ao qual se possa aplicar, por exemplo, a categoria de causalidade, mas a cada momento como uma re-criação ou uma reconstituição do mundo.” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 279)

Para iniciar este capítulo reporte-me a Merleau-Ponty (2000a) na obra “**O Visível e o Invisível**”, onde aborda sobre a percepção do outro como *generalidade* sensível compartilhada por vários corpos, os quais se reconhecem reciprocamente. Diz ainda que as experiências sensíveis de outrem não são completamente impenetráveis e individuais, pois fazem parte de uma generalidade que não lhe é própria, mas pertence ao coletivo.

Esse pensamento compreende-se pela exposição que o filósofo faz sobre a *reversibilidade* entre os sujeitos, que alternam os papéis ativo/passivo seja no toque (o sujeito A ao tocar o sujeito B, também se reconhece tocado por A, e vice versa), na visão (o sujeito A vê e é visto por B, e vice versa) ou no diálogo (em que A e B ora é falante, ora é ouvinte). Neste último caso, é importante destacar que no diálogo ocorre mais do que uma simples alternância de papéis, pois segundo destaca Merleau-Ponty

(2002a) em “**A prosa do mundo**”, quando o sujeito fala, ele não é apenas ativo, mas precede a sua fala no ouvitor e, ao mesmo tempo, não é passivo quando escuta, mas fala segundo o que o outro diz e, desta maneira, falar não é apenas uma iniciativa do sujeito que fala, do mesmo modo que escutar não é sofrer a iniciativa do outro.

Na fala se realiza o impossível acordo de duas totalidades rivais [...] porque ela [...] nos transforma no outro, e ele em nós, porque ela abole os limites do meu e do não-me e faz cessar a alternativa do que tem sentido para mim e do que é não-senso para mim, de mim como sujeito e do outro como objeto. (MERLEAU-PONTY, 2002a, p. 202).

Para o autor, esse compartilhar de vivências reversíveis entre os sujeitos sugere que a *experiência sensível* não aconteça apenas como em um evento privado, mas remete a uma multiplicidade perspectiva na diversidade de sujeitos perceptivos. Segundo a noção de generalidade os sujeitos partilham vivências que se assemelham e/ou se diferenciam e terão sempre a perspectiva de ser em potencial. Deste modo, os familiares integrantes do estudo no GF partilharam a experiência sensível daquilo que é próprio da natureza humana como ser perceptivo, a experiência do *outro eu mesmo*; por meio do diálogo com eles, percebi a generalidade presente nas vivências do grupo, cada um representando a unidade a que pertencia – à família como um todo, ou seja, cada familiar no grupo não constituía um in-divíduo, mas trazia consigo uma família como generalidade intercorporal. Assim, a experiência daquele familiar de conviver e cuidar da PSM não é somente dele, mas de sua família.

Nesta perspectiva, mesmo vivenciando tal experiência com um ou dois membros de cada família da PSM, pude desvelar as vivências da família como um todo, uma vez que a fenomenologia mostrou-me a noção de coexistência entre os sujeitos: aquilo que um membro da família vive remete à vivência dos demais, em potencial. Portanto, neste estudo, quando me refiro ao familiar que cuida, estou me referindo também à sua família e, no texto, uso o termo família entendendo que se trata de vivências de conviabilidade do familiar que cuida principal da PSM que traz consigo a generalidade de outros membros de sua família.

Assim, percebi que a experiência sensível não deve ser entendida como mero espetáculo privado a alguns, mas constituir-se em uma abertura para o mundo tal como ele é, uma abertura ao outro eu mesmo. Esta é a noção de produção do conhecimento em Merleau-Ponty, conforme explicitarei no capítulo sobre o referencial teórico do estudo. O filósofo defende que o saber não tem um *locus*, não se inscreve em uma visão espacial, temporal; não está nas coisas nem no sujeito *cognoscente*, mas se estabelece a partir da percepção do ponto de vista de quem a vive. Trata-se, portanto, de uma experiência do corpo próprio e acontece de maneira ambígua.

Concordo com Sena (2006), quando diz que esta ambiguidade, apesar de possuir dois pólos, estes não significam uma contradição ou uma incoerência, mas o direito e o avesso de uma mesma blusa, uma figura-fundo, que mostra um perfil, mas carrega consigo muitos outros perfis.

Esta experiência ambígua, a qual fez ver a generalidade dos sujeitos envolvidos, ocorreu em um processo intersubjetivo que se estabeleceu por meio do diálogo. Neste, a comunicação acontece antes de sua operação em nível da linguagem, conforme a citação seguinte:

Se lido com um desconhecido que ainda não disse uma só palavra, posso acreditar que ele vive em um outro mundo no qual minhas ações e meus pensamentos não são dignos de figurar. Mas que ele diga uma palavra ou apenas faça um gesto de impaciência, e ele já deixa de me transcender: então é esta a sua voz, são estes os seus pensamentos, eis, portanto o domínio que eu acreditava inacessível (Merleau-Ponty, 2006, p. 484).

Trata-se de um processo intencional “corpo-mundo”, em que o homem vai transcendendo o natural, pois com sua capacidade de atribuir significados às coisas, chega a objetivações, sobretudo, pela comunicação intersubjetiva. Com este pensamento, entendi que o processo de objetivação é a passagem do mundo da vida (sentimentos) ao mundo da cultura (reflexão, linguagem).

Deste modo, conforme o procedimento de análise descrito no capítulo anterior, as vivências eidéticas ou essenciais que se revelaram à minha experiência sensível, considerando a objetividade como um dos pólos da ambiguidade que caracteriza a percepção humana, a partir da leitura das descrições dos familiares sobre a

convivência com a PSM, estabeleci as seis categorias seguintes: *1) o ser firme e o ser flexível: nuances do agir no convívio familiar com a PSM; 2) necessidade de permissão e necessidade de privação da liberdade do ir e vir; 3) cuidar do outro e cuidar de si: desvelando a experiência do outro eu mesmo; 4) a ambiguidade da experiência de aceitação e rejeição na convivência com a PSM; 5) a fé na cura divina e a crença em um Deus que permite a doença; 6) proteger a PSM da violência e discriminação social e proteger a sociedade da PSM.*

Na sequência, procederei à discussão das descrições vivenciais dos familiares sobre a convivência com a PSM, da forma como foram organizadas a partir da *analítica da ambigüidade*. Lembrando que os familiares receberam codinomes referentes a flores, pelos quais foram identificados: *Jasmim, Margarida, Orquídea, Gardênia, Dália, Violeta, Azálea, Begônia, Antúlio, Crisântemo*, bem como as PSM também receberam nomes de flores para identificação dos mesmos, são eles: *Girassol, Alecrim, Lírio, Copo de leite, Romã, Vitória Régia, Tulipa, Rosa, Cravo e Flor-de-lis*. A discussão das categorias consiste na articulação das descrições vivenciais com a fundamentação teórica em Merleau-Ponty e em autores que abordam assuntos relativos às categorias como: saúde mental, família, liberdade no contexto dos direitos humanos, reabilitação psicossocial no domínio do território, entre outros.

5.1 CATEGORIA (1) – O ser firme e o ser flexível: nuances do agir no convívio familiar com a pessoa em sofrimento mental

Nesta categoria de análise, o familiar relatou a necessidade de ser firme em alguns momentos da convivência com a PSM, “não fazer todas as vontades” e ter “pulso forte”; porém, também demonstrou a importância da flexibilidade em suas ações, ser maleável e “manejar a situação” nas diversas facetas das vivências cotidianas. Essas maneiras de agir, apesar de diferentes, não são contrárias, pois uma não inviabiliza a outra. O próprio familiar, ao expressar suas vivências, mostra de

forma bastante clara, a necessidade de ambas no dia a dia com a PSM. Segue o depoimento que as exemplifica:

Não é fácil mesmo não, esta questão do pulso firme e a flexibilidade, apesar de diferentes, mas tem que ter os dois juntos, pareados, [...] eu tinha dificuldade de lidar com ele (irmão em sofrimento mental), para ele [...] cuidar dele mesmo [...]; certo dia, ele disse que não ia se barbear e a barba estava enorme, estava um horror, aí eu disse: você vai se barbear, ninguém vai vir aqui fazer a sua barba e eu quero ver o que você vai fazer. Então ele falou grosseiramente comigo: “você me dê o barbeador que eu faço!”. Eu corri o risco dele se cortar, porque ele só vivia assim se cortando, [...] corri o risco de deixar ele sozinho se barbear e confiei, e, falei: Olha, aqui está o estojo, você vai fazer a sua barba e eu não quero ver um fio de cabelo e não vou lá olhar. E aí eu fiquei e ele foi lá para o quintal, o banheiro fica no quintal, me envolvi dentro de casa e deixei ele lá, esqueci, quando foi mais tarde eu fui lá ver como estava a situação, ele estava todo barbeado e tomado banho [...] eu agi diferente eu dei ele o barbeador e disse que queria ver a barba dele bem lindinha, “você vai ficar bonito” e elogiei ele, levantei a auto estima com palavras e deixei a coisa fluir, a questão é isso também você deixar fluir, não ficar muito no pé, nem exigir muito e aí, graças à Deus, aconteceu que ele se cuidou e, de vez em quando, ele faz a barba dele. Já a flexibilidade é quando ele quer uma coisa e eu dou um jeitinho de manejar a situação, não só dando o que ele quer, mas mostrando que tudo tem o seu tempo e na hora certa eu cedo [...] e flexibilidade não é fazer vontade. No momento por mais que você queira ceder, você tem que ser flexível sem perder a postura, para ele [PSM] ter respeito a você, então o familiar tem que pensar assim: ele tem que me respeitar para que eu possa ajudar ele também. [...] é tipo uma negociação. (*Jasmim* irmã de *Girassol*).

A presença de uma PSM no contexto da família produz impacto significativo nas relações e resulta em diversas mudanças no sentido de adaptar à nova realidade e conviver de forma satisfatória. A família terá que alterar suas rotinas, hábitos e costumes, e criar um novo estilo de vida em seu processo de viver e cuidar. A tomada de consciência do diagnóstico já constitui um choque para a família, especialmente devido ao estigma social, a dependência e as implicações que o sofrimento mental pode produzir no sistema familiar em função de ter que acompanhar e cuidar de seus membros adoecidos (MORENO; ALENCASTRE, 2003; NAVARINI; HIRDES, 2008).

A forma como o familiar que cuida e sua família, de modo geral, lida com a PSM, depende do contexto da convivência. A família procura agir de maneira a facilitar a sua adaptação à situação que está vivenciando, ela procura estabelecer mecanismos para amenizar e/ou solucionar os problemas que emergem da relação

família-PSM, ou tenta ainda evitar situações que levem ao estresse e ao sofrimento dela própria.

Neste pensamento, o familiar traz consigo a generalidade do contexto de sua família e, no conviver com um membro em sofrimento mental experimenta vários sentimentos permeados de vivências que se constituíram tanto em momentos considerados “bons” ou “ruins”. Embora essas vivências não definam o modo como a família age na convivência diária com a PSM, elas produzem influência importante, pois fazem parte da intencionalidade que é própria da natureza humana. A filosofia da experiência de Merleau-Ponty, bem como os próprios relatos dos familiares, revelaram que a maneira como cada família lida com a PSM está relacionada com o processo intersubjetivo que ocorre na relação entre eles.

Podemos ver alguns exemplos de descrições vivenciais dos familiares referindo-se às formas de agir com a PSM, e que na vivência do cuidado direta ou indiretamente são retomadas, tanto as vivências do ser firme como aquelas do ser flexível:

A firmeza é necessária, quando ele quer alguma coisa e preciso dizer não, [...]. Eu falo com ele que não é sempre que eu posso lhe dizer sim, principalmente depois que meu pai e minha mãe morreram, [...] ele tentou se matar, mas cheguei na hora e segurei; [...] chamei a atenção dele, ele dizia o tempo todo que queria morrer, que a vida não tinha sentido... a situação não é fácil não. [...] Só ficou eu e ele dentro de casa, ninguém [da família] quer ele por perto. Aí na mesma hora que a gente é dura, tem que acalmar mais e ter a flexibilidade [...] pois, meu irmão é uma pessoa que se eu sentar o dia todo para conversar com ele assunto é o que não falta, tanto de mim para ele, quanto dele para mim [...] me dá conselhos, conto meus problemas e ele os dele [...]. (*Gardênia* irmã de *Lírio*).

Aproveitamos para mostrar a importância da escuta nesse processo intersubjetivo, principalmente no relato da senhora de codinome *Gardênia*. Escutar vai além de simplesmente ouvir o que o outro diz por meio da expressão da linguagem. Escutar alguém requer abdicar de si, significa acolher a palavra do outro, desde a mais corpórea até a não pronunciada (CARVALHO, 2003); na acolhida proporcionada pelo exercício da escuta, o familiar é capaz de mostrar a flexibilidade, à medida que proporciona ao outro ser ouvido, sentindo-se importante e valorizado.

Merleau-Ponty (2002a), ao falar da percepção do outro e o diálogo, descreve sobre a importância da escuta, mostrando que esta não se resume em simplesmente ouvir as palavras do outro e ele as minhas; ela nos une, fazendo “vibrar como cordas o aparelho das significações **adquiridas**”, mesmo quando falo a outro e o escuto, o que ouço se insere no que digo, assim “ouço-me nele e ele fala em mim” (MERLEAU-PONTY, 2002a, p. 176). Neste entendimento, percebemos que a familiar **Gardênia**, em suas relações de conviabilidade com seu irmão (PSM), percebe a escuta como um mecanismo de flexibilidade, ao utilizá-lo ela possibilita um momento de descontração e também terapêutico, o que contribui para o bem estar de ambos – familiar que cuida e irmão em sofrimento mental. Assim, a escuta permite a abertura ao outro à percepção de coexistência entre eles.

Essa vivência mostra-nos a expressividade dos sentimentos e das ações, que são modos autênticos e inautênticos de se ver no universo (CAPALBO, 2004). A expressão ocorre na relação intersubjetiva, a qual pressupõe o aparecimento do outro, como ser que, ora se assemelha, ora se diferencia do eu falante; e, a linguagem, permeada pelo movimento da fala e da escuta, é quem permite viver no mundo em conjunto com outras pessoas.

A seguir veremos que ao mesmo tempo em que o familiar vive a universalidade do sentir, uma existência anônima, ele lida com a reflexão:

Às vezes ele diz que eu estou sendo grossa com ele, mas eu digo que não, que estou fazendo ele enxergar o que ele está querendo que seja diferente, digo que está sendo dissimulado, e ele pede que eu o peça desculpas, mas eu digo que não vou pedir, pois estou falando a verdade. Eu não vou passar a mão na cabeça de **Romã**, eu nunca passei mão na cabeça de filho, pois se eu passar a mão na cabeça dele, amanhã ou depois, pode fazer uma coisa errada [...] e aí, digo vai para a escola e faça o seu papel que você sabe fazer; tem duas semanas na escola e está tirando notas ótimas, digo que ele é capaz, aí ele está totalmente mudado, estou me segurando e tem que ter pulso firme, porque se deixar toma conta, não sei se estou sendo certa ou errada, mas é assim que tenho agido. (**Orquídea** mãe de **Romã**).

Como podemos ver no depoimento de **Orquídea**, o ser firme lhe impõe uma instituição cultural, permeada de valores, normas, costumes e tradições. Mas o que nos encanta nessas relações de convivência é a ocorrência da transmutação, a qual se dá

pela dinâmica da *reversibilidade*, um compartilhar de vivências entre os sujeitos que ocorre no domínio intersubjetivo como uma experiência de campo. Portanto, trata-se de uma experiência do vir a ser, a possibilidade que se abriu para que o filho **Romã**, independente de sua particularidade (ter sofrimento mental), vivenciasse o eu posso, mostrando ser capaz de experimentar o viver na escola e cumprir com o seu papel de estudar e tirar boas notas, conforme o relatado pela mãe **Orquídea**.

O agir familiar no convívio com a PSM é então caracterizado como experiência do corpo próprio, que se constitui em uma experiência ambígua e, portanto, envolve duas dimensões que se entrelaçam: de um lado a impessoalidade, uma vivência que se impõe a ele independente de sua vontade, como um fenômeno, ou seja, algo que aparece em perfil na experiência perceptiva, mas traz consigo outros perfis; de outro lado, um apelo à pessoalidade, ao mundo da cultura, à experiência da linguagem e da objetividade.

Portanto, ao mesmo tempo em que o familiar vive a universalidade dos sentimentos, ele lida com a reflexão, com uma instituição cultural que lhe impõe valores, normas, costumes e tradições; a exemplo do relato abaixo:

[...] Na verdade, é necessário [...] todos que cuidam deste pessoal [PSM], ficar atentos e firmes, porque eles querem encontrar uma brecha. E, o que é uma brecha? É uma facilidade para fazer algo que não pode, um espaço para extrapolar a realidade, aí é preciso ser “duro”. E também tem que ser “mole” nas horas necessárias. Então acho isso boas intenções de todo mundo, porque não se vai bater, espancar, isso não! Digo duro nas palavras, na posição de saber ter pulso forte, principalmente, impor respeito, fazer como o velho ditado que diz: “direito tem, quem direito anda”, se a pessoa vacilar o negócio pega. (**Antúlio**, pai de **Tulipa** e **Rosa**).

Podemos visualizar como a relação familiar é permeada pelas influências do senso comum, o qual consiste em uma operação que dá um sentido às metáforas e imagens que lhes são oferecidas pela história social de seu tempo sobre o processo saúde-doença mental e convívio familiar (COLVERO et al., 2004). Neste pensar, veremos no depoimento seguinte, que o ser firme encontra-se impregnado no imaginário coletivo dos familiares pesquisados:

[...] Essa questão do pulso firme é muito importante, porque se o familiar que cuida não tiver autonomia sobre a pessoa com problema mental, a pessoa vai ficar, como se diz, com “rédea solta”, ela não vai obedecer, ela não vai respeitar, isso eu tenho experiência própria, porque se mãe não falar: “*Vitória Régia* (irmã em sofrimento mental) é isso, isso e isso”; ela sai hora que ela quer, come a hora que quer, quer fazer as coisas a hora que ela quer, então minha mãe tem que determinar: “Vá comer agora”; “vá dormir agora”, “tomar banho”. Senão ela não respeita, não obedece. [...] a questão flexibilidade também, porque ninguém vive na ditadura, nós somos cidadãos livres independente de sermos doentes ou não, mas é os dois lados da balança, não pode pesar demais nem de um lado, nem de outro, tem que estar equilibrado. (*Violeta*, irmã de *Vitória Régia*).

A fala de *Violeta* mostra, visivelmente, a ambiguidade na percepção do familiar a respeito do agir cotidiano com a PSM no contexto de sua família. *Violeta* diz abertamente sobre a necessidade que sua mãe tem em lidar com “pulso firme” com a irmã em sofrimento mental, chega até “animalizá-la” quando tenta justificar que esta forma de agir é preciso para que ela não fique de “rédea solta”.

Reportamos, neste momento, a Navarini e Hirdes (2008). Para essas autoras, no imaginário coletivo, todo “louco” tem um dono, assim as famílias se percebem socialmente pressionadas a cuidar do seu. Entendemos então, que culturalmente estas famílias aprenderam que têm um dever moral frente à sociedade, devem cuidar de seu familiar em sofrimento mental, e, para isso, necessitam ter poderes diante deste, dizer-lhe o que fazer, para que a situação ou a pessoa não fuja ao “controle” do familiar que cuida ou de sua família. Essa é a pessoalidade, a experiência reflexiva, manifestada pelas teses socialmente instituídas.

Por outro lado, no depoimento de *Violeta*, vimos também o universo do sentir, impregnado pelo universo cultural; pois ao referir sobre a importância da flexibilidade, este familiar foi capaz de desvelar o movimento de transmutação do pólo da reflexão ao pólo dos sentimentos, e, vice-versa, experiência que se inscreve na vivência do corpo próprio, no domínio das possibilidades.

Neste contexto, mais uma vez se confirma que as famílias vivem as duas naturezas que vão da experiência sensível à existência; esta nos impõe o saber cultural, através do qual nos foi socialmente inculcado que para conviver com a PSM é preciso ser rigoroso, ser firme, ou seja, agir com firmeza com a PSM a fim de que a família, ou o familiar que cuida, tenha o controle da situação, não perca a sua autoridade diante

desta pessoa, já que no imaginário social o portador de sofrimento mental não é capaz de determinar seus atos e responder por eles. Em contrapartida, existe nos familiares a vivência dos sentimentos, que acontece espontaneamente, desvelando outro fenômeno, o qual mostra a importância do agir flexível diante da PSM. Esta também tem necessidades como qualquer ser humano e, sendo flexível, o familiar abrirá possibilidades para que a PSM ressignifique em sua existência.

Nos relatos seguintes, visualizamos o agir cotidiano do familiar que cuida com a PSM abrindo uma oportunidade perceptiva entre as infindas possibilidades que a vida oferece; sendo possível, na experiência intercorporal, o compartilhar significativo de vivências:

[...] está cuidando e acompanhando, já é um ponto chave, quando às vezes são crianças fica até fácil de se dominar, mas quando já estão adultos fica mais difícil; porque a pessoa não pode está apanhando, eu não sou de bater e nem se deve bater, quer dizer, tem que levar no diálogo, explicar, explicar e às vezes ter pulso forte... A paciência que é fundamental, ter calma no agir, porque senão dificulta tudo. Se for levar brutalmente fica pior, [...] se for de melhorar piora. Então aí o ponto chave é ter calma, mesmo que não esteja dando tudo 100%, porque não dá mesmo [...].
(*Antônio*, pai de *Tulipa* e *Rosa*).

O cuidador familiar deixa claro em seu discurso o entrelaçamento das duas naturezas na vivência cotidiana com o filho em sofrimento mental. Ele vivencia a necessidade da “mistura” de atitudes, sentimentos, pensamentos e ideias a fim de delinear a maneira como ele mesmo e sua família convivem e cuidam de um membro em sofrimento mental. Mostra a diferença do agir e lidar com os filhos quando crianças e depois de adultos; relatando ser esta fase mais difícil em relação a cuidar e acompanhar, pois sabemos que as crianças sentem-se mais seguras quando seus pais, adultos, dizem a eles o que, como, quando e onde fazer. Já os filhos adultos, independente de ter um diagnóstico de transtorno mental, querem seguir seu caminho.

Então neste momento, o pai entende o ser flexível como aquele que está aberto ao diálogo, à comunicação com seu filho em sofrimento mental; esta é considerada como uma ferramenta importante para o cuidado (SILVA; BRASIL; BARBOSA, 2000). É pela comunicação que as pessoas podem anunciar quem são, interrelacionar-

se, satisfazer as necessidades pessoais, do outro e da família inteira. Essa interação pode influenciar comportamentos, crenças, valores, culturas e vidas (PONTES et al., 2008). Neste pensar, a interrelação entre o familiar (pai) e PSM (filho) adquire grande importância no fenômeno de cuidar e conviver.

Na fala do familiar *Antúlio* pode-se perceber esse valor atribuído ao diálogo na convivência em família com um membro em sofrimento mental. Por meio do diálogo são abertas possibilidades para a transcendência, ocorrendo a mais simples alternância de papéis:

Na fala se realiza o impossível acordo das duas totalidades rivais [...] porque ela nos concerne, nos atinge de viés, nos seduz, nos arrebatada, nos transforma no outro, e ele em nós, porque ela abole os limites do meu e do não-meio e faz cessar a alternância do que tem sentido para mim e do que é não-sentido para mim [...] (MERLEAU-PONTY, 2002a, p. 180).

Neste entendimento, o pai, ao valorizar o diálogo na convivência com seu filho em sofrimento mental, mostra um agir flexibilizador, que se encontra no mundo da impessoalidade. Em contrapartida, entende precisar agir de maneira firme em muitos momentos, ter “pulso forte” com a PSM. Esta atitude nos desvela a personalidade, o mundo da cultura do familiar, manifestada pela maneira com a qual utiliza para que a situação não extrapole os limites de sua família. Assim, o familiar busca a “harmonia” de sua família, demonstrando a preocupação com todos os seus membros, inclusive com aquele que sofre de um transtorno mental.

Conforme explicitado no depoimento de *Antúlio*, ser firme não significa agir “brutalmente”, uma vez que independente de um problema psíquico, todos os seres humanos necessitam de limites, o (con)viver em sociedade nos exige isso. Lembremos o que relata Taylor (1992, p. 72), a respeito da “firmeza no modo de agir” como uma característica de grande importância para uma interação terapêutica, ou seja, uma interação que colabora com o cuidado ao outro, fazendo-o sentir-se melhor. Esta autora coloca que o modo firme em agir com a PSM inspira-lhe segurança, ajudando a minimizar as ansiedades, simplificando as tomadas de decisões e evitando as incertezas, que podem surgir durante a convivência diária em família ou em sociedade.

Esta experiência perceptiva do familiar exercitar o ser firme e o ser flexível na convivência com o cuidado a PSM, desvela-se em algo benéfico, pois além de desenvolver a capacidade de tomada de decisão pelos sujeitos envolvidos neste processo, também estimula o exercício da independência da PSM, uma experiência do eu posso.

Quando a familiar *Jasmin* mostrou a importância de delegar funções relacionadas ao autocuidado à PSM, neste caso o seu irmão, fez ver que agir com firmeza não significa agir de forma autoritária, ser rígido ou inflexível; ao mesmo tempo em que ser flexível não quer dizer ser permissivo, a ponto de fazer todas as vontades e perder o “equilíbrio” nas relações familiares. Este agir, como já identificado em outros contextos familiares, significa abrir possibilidades para a experiência do outro (transcendência), desvelando a vivência do eu posso; trazendo à tona o que Merleau-Ponty chama de “boa ambiguidade”:

Há no fenômeno da expressão uma ‘boa ambigüidade’, quer dizer, uma espontaneidade que realiza o que parecia impossível, ao se considerar os elementos separados, que reúne em um só tecido a pluralidade das mônadas, o passado e o presente, a natureza e a cultura (MERLEAU-PONTY, 2000b, p.48).

Assim, a irmã ao disponibilizar os instrumentos para seu irmão se barbear, ela fez a redução fenomenológica; pois conseguiu suspender a tese, culturalmente aceita, que a PSM não pode utilizar objetos cortantes, ou seja, não poderia se barbear sozinho, como institui o senso comum, acreditando que o doente mental é incapaz de desenvolver algumas práticas de autocuidado. O familiar por meio de sua vivência intercorporal com a PSM nos mostrou que as coisas não são em si mesmas, outros perfis apareceram ao contemplarmos a cena, mesmo que verbalizada, de sua convivência e maneira de agir no contexto familiar. Tal experiência perceptiva aconteceu à semelhança da contemplação de uma paisagem em que, não obstante se esteja focalizado em uma figura, se pode contar com a coexistência das demais (SENA; GONÇALVES, 2008).

Sendo uma vivência intercorporal, o agir do familiar com a PSM apresenta algumas nuances, e estas se caracterizam por um presente que atualiza um passado que ignoramos e um futuro que desejamos conhecer. Este movimento contínuo denominado percepção permite-nos compreender que as coisas não são em si mesmas, mas correspondem a uma unidade que anuncia a existência de um todo que nunca se mostra completamente, mas sim, em perfil (SENA, 2006; MERLEAU-PONTY, 2006).

Sob essa ótica, percebemos que a família tem sua própria maneira de cuidar da PSM, que satisfaz um perfil de um todo inapreensível. Nem sempre esse perfil significa a melhor forma de cuidar, mas foi o que ela conseguiu expressar no contexto familiar (WAIDMAN; ELSÉN, 2006). Percebemos nos relatos dos familiares que cuidar da PSM não é uma tarefa fácil, mas uma arte que se exprime na ambiguidade do agir com firmeza e do ser flexível nas diversas situações imposta pelas relações de convivência com a PSM.

5.2 CATEGORIA (2) – Necessidade de permissão e necessidade de privação da liberdade do ir e vir

Esta categoria mostra que o familiar, apesar de permitir a liberdade de ir e vir da PSM, em alguns momentos, em decorrência da recriminação social, sente a necessidade de privá-la. O familiar percebe que toda pessoa tem o direito de ser livre, no entanto, a privação ocorre como forma de proteção e cuidado. Esta atitude nem sempre é compreendida pela PSM, sendo uma questão difícil de ser manejada, segundo a percepção da maioria das famílias. Veja como se mostrou esta ambiguidade nos exemplos seguintes:

No dia a dia eu não posso proibir ele de sair porque ele sai, eu falo para ele não sair, mas ele sai, ele é teimoso, aí vem o problema e eu fico esperando até ele chegar, quando ele não chega tenho que mandar os meninos irem atrás, fico preocupada, imaginando o que possa acontecer lá fora, porque hoje mesmo ouvir de um moço dono do bar perto de casa, que se meu filho for lá com agressão ele não ia deixar, ia ter até que matar, e, eu disse que meu filho tem família, que não é “cachorro sem dono”, falei para o dono do bar: você coloca ele para fora do bar e chama a polícia, que a polícia sabe conter ele, não prende, não mata, não bate, só faz levar ele para

mim, lá em casa; aí fui embora. Mas tudo isto eu já tenho visto, falam palavras terríveis para meu filho, às vezes eu tenho que ouvir e na rua tem tudo isso. [...] estou sabendo que tem se misturado com pessoas erradas, então eu estou com muito medo disso aí também e está muito agressivo na rua [...]. (*Margarida* mãe de *Alecrim*).

Eu nunca privei, nem privo meu irmão de nada, às vezes que percebo que as atitudes não são corretas eu dou um freio, porque a gente tem que frear certas coisas, porque se largar à vontade toma conta da gente e depois a dor, as consequências vão ser piores, principalmente, para ele. Porque se a gente souber privar daquilo que não é para o bem dele, eu privo mesmo; já a liberdade, isso ele tem, eu permito, ele sai a hora que ele quer, pois todo o ser humano tem o direito de ir e vir, [...] esse negócio aí de prender para não sair eu acho errado, todo mundo tem que viver livre, eu tenho a maior dó quando vejo um passarinho preso, quanto mais uma pessoa; pois um pássaro que nunca fez mal a ninguém só porque canta bonito, aí a pessoa vai e prende; e a pessoa, a pessoa presa como ela pode melhorar? [...] Quando meu irmão fica muito perturbado, ele liga o som na maior altura, aí quem sai sou eu; às vezes eu volto e continua o mesmo som alto, eu peço para desligar, ele pede para deixar, aí eu deixo, porque eu acho que a forma que ele encontra para extravasar sabe lá o quê, relaxar da maneira dele [...] eu brigo, mas isso não adianta, mas ainda assim eu prefiro ali na minha frente onde estou vendo, do que pelas ruas onde eu não estou vendo e não sei o que se passa [...]. (*Gardênia* irmã de *Lírio*).

A palavra liberdade, no dicionário, perpassa vários ângulos, sua etimologia vem do latim “*libertas*”, que significa condição de pessoa livre. Seu significado é encontrado como: estado de pessoa livre e isenta de restrição externa ou coação física ou moral; poder de exercer livremente a sua vontade; e ainda, condição do ser que não vive em cativeiro, entre outros (WEISZFLOG, 2007).

Este estado ou condição de ser livre do homem é uma prerrogativa de grande importância a todo ser humano a fim de que garanta o Estado Democrático de Direito; devido esta incontestável premissa, a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, adotada e proclamada pela resolução 217 da Assembléia Geral das Nações Unidas em 1948, estabeleceu a efetivação dos Direitos e garantias fundamentais à vida e ao viver em coletividade (ONU, 1948). Entre os diversos artigos que estabelecem os direitos do ser humano, em especial, a liberdade, destacamos o artigo III que diz: “Toda pessoa tem direito à vida, à *liberdade* e à segurança pessoal” (ONU, 1948, p. 02). A Constituição Federal de 1988 reafirma a necessidade de

garantia dos direitos humanos em seu Art. 5º, que dispõe no termo XV sobre a liberdade de locomoção de todo indivíduo (BRASIL, 2002, p. 05).

Merleau-Ponty (2006, p. 585), filósofo sob o qual nos apoiamos para sustentar as ideias construídas neste estudo, afirma que “só há escolha livre se a liberdade se compromete em sua decisão e põe a situação que ela escolhe como situação de liberdade”. Sendo assim, ter liberdade implica em responsabilização e compromisso com as decisões que tomamos, com as escolhas que fazemos e, como a vida é permeada de escolhas, diríamos que ter liberdade significa responsabilizar-se com a vida, seja a própria vida, seja com a vida de nosso alterego – o semelhante.

No campo da saúde mental, com a legitimação da *Lei Nº 10.216* se respondeu a uma demanda da sociedade que luta contra o regime manicomial, o qual interrompe a liberdade de ir e vir das pessoas com transtorno mental, impedindo-as de conviver em família e em sociedade. A diretriz normatizou os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, bem como, orientou a criação de outros serviços substitutivos (DELGADO, 2001).

Apesar de tais avanços, percebemos através de depoimentos dos familiares, contextos de famílias que vivenciam a ambiguidade como: necessidade de permissão e necessidade de privação da liberdade. Tais familiares entendem que um membro em sofrimento mental deva usufruir o direito de ir e vir; no entanto, em alguns momentos, sentem a necessidade de privá-lo desta liberdade, por medo ou receio de que sofra abuso ou exploração social.

Percebemos que essa privação da liberdade nem sempre é aceita pela PSM. Todavia, a atitude da família em limitar a liberdade configura-se como uma forma de proteção, de cuidado, desvelando-se um outro perfil, que não caracterizaria como ação contraditória aos direitos de liberdade do cidadão, nem a privação da liberdade no sentido de causar dano à vida humana. As falas seguintes corroboram a referida ambiguidade:

[...] o meu filho, por exemplo, quando eu vejo que ele está irritado eu despisto por lá e fecho o portão, quando ele chega ao portão e vê que está fechado, ele volta; não é fazendo dele um prisioneiro, mas é aquele momento que ele está irritado, porque ele sai pelo meio da rua e do jeito que o trânsito está confuso, [...] veículo motorizado

em alta velocidade, [...] então eu deixo ele dentro de casa. Quando passa aquele momento eu não posso segurar, [...], não se pode segurar demais, deixar a pessoa sair um pouco também, mas que é fácil, não é; o coração da gente fica preocupado de carro matar por aí, ser atropelado e outras coisas. (*Antúlio* pai de *Tulipa*).

Quando minha filha ou meu outro filho tem um tempinho a gente coloca ele no carro, a gente sai, [...] saímos para ele passear um pouco para arejar a mente. Fim de ano eu viajo com ele, a gente vai para a roça do meu irmão, a gente passa 30 dias lá, ele fica ótimo. Mas quando ele tá em crise eu não posso levar ele para passear, porque ele pode agredir, ele não agride com tapas, mas pode agredir com palavras, aí vai que alguém não entende e queira bater nele, eu não vou gostar, porque é meu filho, tem um problema mental, mas é meu filho e eu o amo como os outros [...]. (*Crisântemo* mãe de *Cravo*).

Ao analisar essas falas não podemos fixar os olhos apenas em uma figura, pois, como diz Merleau-Ponty (2002a, p. 30), a cada momento quando o olhar vagueia no espetáculo que a leitura nos oferece “estamos sujeitos a um certo ponto de vista”. De tal modo, compreendemos que a figura que aparece como necessidade de privação da liberdade, não pode ser entendida apenas como uma forma de restringir o direito de liberdade de ir e vir, mas o outro ângulo da paisagem, outro perfil. As famílias percebem que em alguns momentos precisam privar o familiar em sofrimento mental de sair de casa, principalmente no momento que este se encontra em crise; esta necessidade foi evidenciada pela preocupação com a integridade física e mental da PSM, o que, apesar de paradoxal, não deixa de ser uma forma de cuidado.

A forma fenomênica como ocorre a convivência familiar com a PSM encontrou eco na filosofia do corpo próprio de Merleau-Ponty. Para o autor, o corpo próprio se mostra em cinco dimensões ou subtipos: habitual, perceptivo, falante, sexuado e corpo do outro. O corpo habitual se refere à retomada espontânea de vivências; o corpo perceptivo, constitui a ação que nos impulsiona à frente, orientados pelo corpo habitual; o corpo falante, corresponde à capacidade criativa de novas vivências; o corpo sexuado, significa a abertura ao outro; e o corpo do outro, se refere à transcendência do eu.

Os relatos dos familiares do estudo revelam como se processa a filosofia do corpo próprio no cenário da convivência com a PSM. Cada circunstância que impõe a necessidade de cuidado, a família retoma uma vivência (corpo habitual) e é impelida à

ação cuidativa (corpo perceptivo). Esse processo implica em criação de estratégias de cuidado que seja adequado àquela necessidade específica (corpo falante). A própria realização do cuidado corresponde a uma abertura ao outro (corpo sexual), e promove a transcendência, vivência de tornar-se um outro eu mesmo (corpo do outro). Todas as dimensões do corpo próprio, para Merleau-Ponty, funcionam exatamente da maneira como ocorre na vivência do cuidado.

A cada momento somos um perfil, mas trazemos na imanência uma série de outros perfis, apesar de não percebermos esse fato, conforme corrobora a citação seguinte:

[...] apoio meu olhar em um fragmento da paisagem, ele se anima e se desdobra, os outros objetos recuam para a margem e adormecem, mas não deixam de estar ali. Ora, com eles, tenho à minha disposição os seus horizontes, nos quais está implicado, visto em visão marginal, o objeto que fixo atualmente. Portanto, o horizonte é aquilo que assegura a identidade do objeto no decorrer da exploração, é o correlativo da potência próxima que meu olhar conserva sobre os objetos que acaba de percorrer e que já tem sobre os novos detalhes que vai descobrir (MERLEAU-PONTY, 2006, p.104).

Ainda retomando ao tema que originou a categoria em foco, destacamos as falas dos familiares nos grupos focais; eles falaram sobre a necessidade de liberdade de ir e vir que toda pessoa, incondicionalmente, precisa ter. Liberdade que, durante décadas, foi negada às PSM e elas ficaram subjugadas a viver sob clausura, expostas a condições desumanas de tratamento, distantes da sociedade e dos familiares, enfim, destituídas do direito de constituir-se parte da sociedade e de exercer a cidadania (ROTELLI; LEONARDDIS; MAURI, 2001; BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; NAVARINI; HIRDES, 2008).

O modelo da saúde mental, mais especificamente, nos últimos 30 anos vem tentando restituir o direito de liberdade às PSM, mesmo aquelas que sofrem de transtornos considerados severos, a exemplo da esquizofrenia. Elas, como os demais, têm o direito de serem tratados no contexto familiar e social, na perspectiva da reabilitação e reinserção (ROTELLI; LEONARDDIS; MAURI, 2001; HIRDES, 2001, 2009b; PITTA, 2010).

Neste sentido, o paradigma da saúde mental constitui um campo fenomenal, visto que abre possibilidades à ressignificação do cuidado à PSM e (re)instituindo a família como co-responsável por esse cuidado, incluindo o cuidado de si mesma. Todo o processo de Reforma Psiquiátrica e mudança na perspectiva do cuidar em saúde mental ocorreram em função da dinâmica da experiência perceptiva (vivência do corpo próprio) de homens e mulheres que se empenharam e se comprometeram com a transformação social e valorização da vida.

Para Merleau-Ponty (2006), perceber é fazer fenomenologia, fazer ver o que se mostra em si mesmo, e, neste sentido, a transição paradigmática da psiquiatria à saúde mental, vem se consolidando graças à fenomenologia da percepção de trabalhadores de saúde mental, gestores comprometidos com a causa, familiares e usuários dos serviços. Assim também, as mudanças no domínio da convivência familiar com a PSM e o estilo que mobiliza cada familiar ao cuidado desta pessoa, constituem uma prática fenomenológica. Portanto, entendemos que a maneira como ocorre a convivência e o cuidado no contexto da família, a razão não dá conta de explicar, mas a fenomenologia possibilita a compreensão. Vejamos a seguir algumas falas de familiares retratando os seus modos de cuidar e conviver com a PSM:

[...] mas cada caso é um caso, cada um lida de um jeito, depende da história de cada um, do estágio em que cada PSM se encontra, hoje nessa questão de permissão e privação da liberdade a gente já alcançou um grau mais elevado, assim em nível de família, [...] o meu irmão faz tratamento psiquiátrico há 30 anos, então a gente já passou por muita coisa, poucas e boas. [...] essa questão da permissão hoje a gente confia, tem um momento que precisa confiar para que ele consiga evoluir na vida, quer dizer a gente não pode segurar demais o ser humano [...]. Agora tem momentos que é preciso a privação, privar ele de ir a algum lugar, evitar situação que a gente sabe que ele vai se envolver e piorar, [...], porque a gente fica preocupada também com os grupos que está na comunidade que ele possa se envolver de novo, como usuários de drogas [...] no meu caso, nestas situações, eu faço com o coração apertado, mas sei que é para o bem dele. [...], antes ele não saía de dentro de casa, era de casa ao psiquiatra, só isso no máximo, às vezes era precisava de ajuda da polícia para trazer ao atendimento; hoje ele já sai um pouco, vai a igreja comigo, [...], vem ao serviço de saúde mental comigo sem muito problema. Eu tento ajudá-lo, porque tem os momentos depressivos da pessoa e às vezes quando ele sai um pouquinho, conversa com alguém, ouve e conta uma história, acha engraçado, dá uma risada; então isso ajuda e temos que tentar oferecer uma qualidade de vida melhor, pois a gente queria que aquela pessoa fosse produtiva na vida, tivesse uma vida normal, mas enquanto isso não está acontecendo temos que ir ajudando da melhor maneira para que essa pessoa possa viver bem de acordo o que tem; [...] acho que sente mais valorizado quando tem mais liberdade [...]. (*Jasmim* irmã de *Girassol*).

Os familiares fizeram várias retomadas do passado em seus discursos, construídas por meio do seu mundo vivido, abrindo possibilidades não só para um presente, mas também para um futuro. Este entendimento nos permite ver o quanto enriquecedora é a natureza humana, que nos abre para um horizonte de perspectivas, que nos permite adaptar às adversidades, por meio da vivência do corpo próprio, trazendo consigo intencionalidade e significações, sintetizando, no campo fenomenal, uma indissociabilidade entre espaço, tempo, movimento e sensações (CASTRO, 2003).

Percebemos nas falas que a convivência diária da família com a PSM impõe-lhe o desenvolvimento de mecanismos adaptativos, a fim de diminuir as situações de estresse e possibilitar o crescimento e o aprendizado, mediante a experiência das relações. O familiar descreve a evolução que sua família alcançou no âmbito da ambiguidade: privação e permissão da liberdade de ir e vir da PSM. Nos relatos, a maneira como a família mostrou-se adaptada a essa situação ambígua traz à tona a noção de resiliência.

A resiliência é considerada por muitos autores que estudam a temática como a capacidade que o ser humano, família ou mesmo uma comunidade constrói sua trajetória de vida de maneira positiva/saudável, apesar de viver em um contexto adverso. Trata-se de um fenômeno complexo e dinâmico alcançado gradativamente, por meio das interações vivenciadas pelo ser humano e seu ambiente, as quais podem promover a habilidade de enfrentar com sucesso situações que representam ameaça ao bem estar (SILVA et al., 2005; NORANHA et al., 2009; SILVA et al; 2009) . A resiliência é, conseqüentemente, um processo que interliga um conjunto de capacidades adaptativas a uma trajetória positiva de funcionamento e ajustamento após um distúrbio (NORRIS et al., 2008).

Não significa, portanto, que a pessoa não experiencie o estresse ou que não se sinta atingida pela situação negativa; antagonicamente, o sujeito resiliente conserva as marcas da adversidade que enfrentou. Sua história ou vivências anteriores permanecem retidas no campo fenomenal, podendo ser retomadas, não da mesma

forma que viveu anteriormente, mas abrindo possibilidades para que a pessoa seja capaz de superá-las, ressignificando a existência em experiências positivas.

Neste contexto, compreendemos que no contexto da convivência dos familiares com a PSM há um universo de possibilidades para a vivência do *eu posso*, e, é neste sentido que ocorre a resiliência. A experiência perceptiva, que envolve o constante movimento de retomada de vivências passadas e de visualização de perspectivas de futuro, permite a superação de crises e adversidades impostas pela contingência do sofrimento mental.

Diante do exposto, a vivência da percepção constitui um campo rico de construções intersubjetivas, que nos permitiu a abertura ao outro e as figuras foram se mostrando, conforme relato abaixo:

Me veio uma coisa na cabeça agora, sobre a opinião do meu filho mais velho que acha que eu tenho que colocar uma grade na porta do quarto de *Alecrim* e colocar correntes mesmo, algemas; qual a opinião de vocês do grupo sobre isso? Porque eu acho que ele não vai suportar isso. [...] Quando eu ouço esse tipo de comentário eu fico parada só ouvindo, meu filho mais velho acha que é o único jeito de conter *Alecrim*, fala que eu não vou aguentar, todos têm suas obrigações e aí ele diz que eu sozinha não vou aguentar. [...] mas eu fico calada sabe, porque eu sei o que está no meu coração, eu já passo por tanta coisa que eu não tenho nem o que responder a um comentário desse tipo. (*Margarida* mãe de *Alecrim*).

Na verdade, todos querem uma solução imediata, mas o que eu aprendi e quero sugerir para a *Sra. Margarida*, que mesmo partindo de um filho essa sugestão, que a senhora peça a Deus outra orientação, porque esta não é a melhor opção, primeiro que seu filho não é um “bicho”, é um ser humano, filho de Deus e tem que ser tratado como tal, se a senhora quer um dia ver ele em uma situação melhor, talvez não igual aos outros filhos, mas pelo menos que fique melhor, mais socializado, pode acreditar que Deus vai resolver o seu problema, [...] não vá por aquele caminho não. (*Jasmim* em resposta a indagação da *Sr^a Margarida*, que concorda).

A fenomenologia concede a prova de que realmente o nosso privado (intuição fenomênica, consciência irrefletida) é compartilhado (intuição categorial, consciência reflexiva). Na descrição vivencial de *Margarida* no grupo focal com outros familiares de PSM, percebemos que ela compartilhou com seus pares, algo que lhe era particular, tornando-a capaz de reconhecer nos relatos de outras pessoas do grupo experiências

que também poderiam ser suas, fazendo-a retomar algo que estava velado.

A informante conseguiu transcender algo que a incomodava, que estava imanente; um acontecimento no passado, não tão distante, onde seu filho mais velho sugere uma ação bastante agressiva para conter seu irmão em sofrimento mental. Diante do comentário, a mãe revela ficar sem palavras. No entanto, mais uma vez se manifestou o “corpo falante”, o qual “expressa significados de várias formas, além da escrita ou emissão de sons, é o discurso gestual que já atribui sentido ao mundo” (CASTRO, 2003, p. 106).

Desta maneira, o corpo falou com o seu silêncio, mostrando-se indignado com tamanha insensibilidade por parte de um filho em relação a seu irmão em sofrimento mental; todavia, o comentário daquele filho mostrou além do mundo da cultura, da sua personalidade, em que o senso comum acredita que a PSM precisa ser contida, fez ver também a impessoalidade desse filho, expressada pela preocupação com a mãe, relacionada ao possível cansaço físico em que a mãe, única que dispunha de tempo para cuidar, se encontrava.

Esta experiência possibilitou ainda, um compartilhar de vivências, pois foi possível a *Jasmim* responder a inquietação de *Margarida*, tendo por base a sua experiência no mundo da vida, na perspectiva de quem a vive. No discurso, ambas encontravam-se abertas para este partilhar, o que significa perceber o que se apresenta, notar, dar-se conta, olhar com clareza o que se apresenta ao seu redor, abrindo-se outras possibilidades. Isto é fazer fenomenologia, o que foi possível através da intersubjetividade, na relação do grupo; um processo de tomada de consciência, no sentido merleau-pontyano:

[...] a consciência deixa de ser uma região particular do ser, um certo conjunto de conteúdos “psíquicos”, ela não reside mais ou não está mais ilhada no domínio das “formas” que a reflexão psicológica primeiramente reconhecera, mas as formas, como todas as coisas, existem para ela. (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 94)

Neste sentido, o autor discute a concepção de consciência como o correlativo da noção de percepção. Assim, conviver com a dualidade da permissão e privação da

liberdade de ir e vir da PSM, constitui uma oportunidade perceptiva entre as infinitas possibilidades que a vida oferece, corresponde à abertura de um campo no qual o familiar que cuida pode retomar sua história pessoal de uma forma criativa e ressignificá-la, isso graças à experiência da ambiguidade ou domínio do *eu posso* que a cada instante nos arrebatam e preenchem nossos atos com sua fecundidade.

5.3 CATEGORIA (3) – Cuidar do outro e cuidar de si: desvelando a experiência do outro eu mesmo

A categoria em questão vem constatar que a experiência de cuidar de uma PSM, desvela-se em um cuidar de si mesmo. O processo de cuidar mostra que, apesar dos familiares sentirem-se sobrecarregados e estressados em suas atividades diárias com a PSM, podendo implicar em consequências para a sua saúde física e mental, eles conseguem encontrar sentido no cuidar, assim, visualizam o cuidado numa perspectiva mais otimista, que não apenas uma experiência de sofrimento.

O familiar entende que o universo do cuidado da PSM, significa praticar a solidariedade na conviabilidade, este cuidado se mostra como uma preocupação com o outro, com o bem estar do outro, refletindo no próprio bem estar de quem cuida. O cuidar se reflete como um espelho, pois a forma de cuidado dispensado ao outro revela-nos ao mundo, as nossas atitudes, comunica nossa maneira de cuidado, de ser no mundo, e, revelando o cuidado, também o recebemos (WALDOW, 2004). Assim, podemos visualizar nas falas seguintes que quando o familiar se dispõe a cuidar da PSM, membro de sua família, ele também se sente cuidado, em uma experiência do outro eu mesmo:

[...] Além de eu ter que manter a casa, manter a casa abastecida, eu trouxe a responsabilidade de cuidar deles para mim, de cuidar do *Tulipa e Rosa*, meus filhos com problema mental, a menina até para dá banho tem horas que eu tenho que dá, o pessoal às vezes comenta que não pode dá certo o pai dar banho em uma moça, mas acho que isso é quando a pessoa tem má intenção, mas quando você faz as coisas com dignidade não tem nada a ver, [...] porque estou vendo que minha esposa já não está aguentando mais, não é fácil não. É aí de onde vem a palavra solidário, tenho

que ser solidário a ela [a esposa]. Então o amor tem que existir, pois tudo que nós fazemos tem que ser com amor, pois se não for com amor vai tudo pelo ralo, nada serve. Já a gratificação ela acontece quando percebo que estou sendo um pai a altura, me sinto gratificado por estar fazendo o meu papel, nada a mais, nada a menos que minha obrigação, pois existem pessoas que só fala do filho quando ele tem fama boa, mas quando está com problemas ou tem filhos com problemas aí ninguém fala que tem filho assim; mas eu aonde vou falo quem é meu filho, minha filha, os apresento quando estou com eles, como eu tenho outros que são dez ao todo. (*Antônio* pai de *Tulipa* e *Rosa*).

Conforme se pode perceber nessas falas, o cuidado perpassa pela dimensão ontológica, pois é um modo de ser no mundo que configura a existência humana e, por isso, o homem é um ser de cuidado, um ser que deve cuidar de si e do outro (WALDOW, 2004).

Cuidar caracteriza-se então por uma atitude essencial ao ser humano, exprime uma consideração pelo outro ser cuidado ou pelo outro eu mesmo e por suas necessidades; é na perspectiva de Boff (2003, p.13), “um princípio inspirador de um novo paradigma de conviabilidade”. Deste modo, a convivência com o cuidado abre-nos possibilidades para ressignificação do eu e do outro, pois ao cuidar nos relacionamos numa dinâmica que nos proporciona várias retomadas sejam agradáveis ou desagradáveis, lançando-nos para novos horizontes.

Este estudo nos mostrou que o cuidar diário dispensado a uma PSM possibilitou ao familiar que cuida uma experiência do corpo perceptivo, constituindo-se em uma vivência ambígua e, como tal, envolve duas dimensões que se entrelaçam: uma existência e um sentido. Igualmente, o familiar que cuida ao mesmo tempo em que vive a experiência de cuidar de uma PSM, membro de sua família, sente-se cuidado.

É o que chamamos de fenômeno, algo que se apresenta em perfil na experiência perceptiva, mas trás consigo outros perfis que se desvelam como a experiência de observar uma paisagem em que, embora estejamos focados em uma figura, podemos contar com a coexistência das demais, como descreveu Merleau-Ponty (2006, p. 104), com o exemplo da visão: “apoio meu olhar em um fragmento da paisagem, ele se anima e se desdobra, os outros objetos recuam para a margem e adormecem, mas não deixam de estar ali”. Desta maneira, veremos as descrições vivenciais dos familiares sobre o cuidado à PSM, procurando ver além daquilo que se exprime em nossa visão primeira, pois sabemos que sempre há um fundo que se abre em perspectivas.

Ao observarmos os discursos dos familiares, veremos que muitos, ao falar sobre o cuidar de uma PSM, em suas famílias, enfatizam a existência da sobrecarga, trazendo repercussões na convivência, uma vez que mobiliza a família como um todo, independente da forma como esta se encontra constituída. Assim, quando uma pessoa recebe o diagnóstico de transtorno mental, em algumas famílias os membros se unem para cuidar; em outras, essa função fica à cargo de apenas um membro. Este se vê como principal cuidador, tomando toda ou a maior parte da responsabilidade para si. Vejamos o exemplo a seguir:

[...] Quanto à sobrecarga de responsabilidades ninguém quis tomar para si, por isso só eu cuido dele, só eu fico com ele, ninguém quis por perto e quando minha mãe e meu pai faleceram todos saíram da responsabilidade [outros irmãos], exceto eu que sempre convivi com eles, fiquei em casa, e, minha mãe perto de falecer, [...] foi o que ela mais me pediu, para mim não abandonar e não sair de perto do meu irmão [...]; então minha mãe me pediu isso no seu leito de morte, eu luto, luto e como eu luto, até o ponto das pessoas perceberem como meu irmão mudou, pois a minha vizinha disse hoje para mim que ninguém diria que ele iria melhorar assim, porque mudou mesmo [...]. (*Gardênia* irmã de *Lírio*).

Se cuidar é uma atitude de responsabilização, entendemos que o familiar que cuida ao assumir o cuidado da PSM, membro de sua família, se vê capaz de responder a tal atitude, entendendo que responsabilizar-se pelo cuidado ao outro significa:

[...] trazer para si a função da resposta por determinada situação ou ato. É, portanto, assumir um ato como seu. Podemos acentuar isso no plano ético e dizer que, quando responsável, um sujeito assume seu ato sem compartilhar, relativizar ou lotear esta responsabilidade com outros. (ELIA, 2004, p. 01).

Ao retomarmos a fala de *Gardênia* podemos inferir que a mesma não compartilha os cuidados ao seu irmão com outros membros de sua família, apenas ela convive com ele, “ninguém quis tomar para si, essa sobrecarga”. Para ela, esta atitude de cuidar de seu irmão em sofrimento mental desvela-se em um “pagar uma dívida”, uma promessa que fez à sua mãe no leito de morte, por isso, ela afirma que com muita luta consegue cumprir com tal acordo. No entanto, em sua fala ela se sente realizada por cuidar do irmão, a ponto de demonstrar que até seus vizinhos percebem o quanto o

seu irmão melhorou com seus cuidados, o que traz para **Gardênia** conforto. Portanto, a tomada de responsabilidade para com o cuidado ao seu irmão pode ser entendida como uma atitude de implicação, ou seja, *tudo o que diz respeito a ele importa para ela, diz-lhe respeito diretamente* (BARROS et al., 2007). Logo, cuidando do irmão em sofrimento mental, **Gardênia** também cuida dela mesma.

As vivências das perdas sofridas por **Gardênia** mostram sua sensibilidade diante dos fatos. Há um processo de aprendizagem adquirido por essas experiências difíceis, as quais a fazem viver dia a dia a dinâmica da superação, deixando transparecer que ela é capaz de cuidar e promover, com a ajuda da espiritualidade, a melhora do irmão, mostrando a todos os familiares que não acreditavam que ela é capaz de conviver com ele.

[...] Deus tem uma grande parcela na recuperação dele, porque eu sofri muito, eu já levei três meses, praticamente, sem dormir com este rapaz aprontando e ele dizia na minha cara que ele não ia mudar nunca, eu chorava dia e noite, mas dizia que esta situação não ia me vencer [...]. Porque era uma situação para mim sair de dentro de casa e largar ele sozinho, já ouvir uma irmã falar assim: “a próxima que vai morrer vai ser você”. E uma tia virou para mim quando o corpo de minha mãe estava no caixão, apontou para ele e disse: “a próxima é você”. Eu falei: não vai ser não, não vai ser como vocês querem; ainda completaram dizendo: “arruma suas coisas e cai fora, que a próxima vai ser você”. Eu disse que não ia sair, não saí e nem saio e estou lá com ele. (**Gardênia** irmã de **Lírio**).

Na perspectiva fenomenológica cada momento da experiência de cuidado a uma PSM significa para o familiar que cuida uma oportunidade de retomar vivências que lhe marcaram; podendo assim experimentar a transcendência e a ver o mundo vivido sob uma nova perspectiva (SENA; GONÇALVES, 2010). Numa visão merleau-pontyana, esta é uma experiência ambígua; em outras palavras, o familiar, mesmo sem tomar consciência, vive a dualidade ao cuidar da PSM, pois ao experimentar tal atitude, se descentra no outro e ocorre a reversibilidade (SENA, 2006).

Identificamos também, tanto no depoimento de **Gardênia**, quanto no da maioria dos familiares que participaram da pesquisa, a justificativa da existência da sobrecarga devido à falta de apoio dos outros membros da família para os cuidados diretos com a PSM. Vejamos as descrições que se seguem:

[...] No momento eu estou sozinha para cuidar e conviver com *Girassol*, eu também me vejo com essa sobrecarga no dia a dia; apesar de ter uma família grande, [...] e não ter ninguém para revezar. Neste sentido da sobrecarga a responsabilidade de cuidar do meu irmão é comigo, quanto a família, cada um tem o seu canto, seus problemas, sua outra família, então ficou comigo para cuidar; ele poderia estar, às vezes, na casa de um outro irmão, lógico que eu queria que estivesse, não para que eu fique livre, mas para ele, também ter uma experiência com uma outra família que é também parente, quem sabe convivendo com outro lá ele ficaria melhor ainda, mas infelizmente não há condição para os outros irmãos [...]. Ainda não me sinto a vontade de deixar ele só, de jeito nenhum, ele tem que ficar com alguém da família; uma vez fui estudar fora, mas tive que voltar, porque minha irmã que estava cuidando dele desenvolveu um problema sério de pressão alta por causa da relação com ele e ela é muito nervosa, estava se desequilibrando, aí eu tive que retornar, não pude dar continuidade e aí vai, a gente tocando o barco e pedindo a Deus força. (*Jasmim* irmã de *Girassol*).

[...] Eu também às vezes me sinto sobrecarregada, também estou precisando fazer uns exames, mas eu estou primeiro cuidando dele, para depois cuidar de mim; [...] na minha família quem cuida dele é só eu, quando precisei viajar para fazer uma cirurgia em Salvador minha filha ficou com ele, mas ele estava bem, quando ele fica agitado, agressivo, é só eu; fiz a cirurgia e assim que tive alta voltei, pois minha filha me ligou dizendo que eu precisava voltar porque ele piorou [...]. Eu também não posso sair, porque eu tenho que ficar atenta cuidando dele, acompanhá-lo no tratamento, [...] não posso deixar ele vir sozinho, porque tenho medo que ele não venha; sempre eu estou com ele, sempre sou eu [...]. (*Margarida* mãe de *Alecrim*).

[...] é muito difícil, muito cansativo, pois além de cuidar dela [filha em sofrimento mental], cuido também da casa, quando o filho vem passear em minha casa com meus netos, também tenho que cuidar, [...]; mas quando *Vitória Régia* está bem ela não me dá trabalho, [...]. Às vezes quando está assim [em crise] é um alívio para a gente quando interna, mas é triste ter que internar, porque tem o amor que a gente sente, [...], ela não reclama para não internar, ela quer vim quando não está sentindo bem, mas é coisa de mãe, pois em minha casa só fica eu e ela agora, é muito difícil, só a gente que tem familiar com problema é que sabe, e, cada um é um caso [...]. Eu mesma parei de trabalhar por causa dela, para ter mais tempo para ela, para cuidar dela, se ela tem uma crise, só eu cuido, mais ninguém; [...]. (*Dália* mãe de *Vitória Régia*).

Meu irmão só quer fazer as coisas comigo, na minha casa tem meu marido e uma sobrinha que mora comigo, mas tudo sou eu; eu trabalho e tem dias que cisma e diz que só almoça se for comigo, aí quando ele faz isso não tem quem tire da cabeça dele, banho só toma quando eu chego, é só comigo [...]. (*Azúlea*, irmã de *Copo de Leite*).

Nesses discursos, observamos que os familiares, além do cuidado a PSM, assumem muitas outras atribuições, implicando em sobrecarga física e emocional. Por sua vez, estes familiares privam-se de algumas necessidades pessoais a fim de

desenvolver o cuidado de forma mais eficaz, atendendo às necessidades do semelhante (SOUZA; SCATENA, 2005; NAVARINI; HIRDES, 2008). O adiamento de planos e expectativas referentes à vida pessoal e profissional desestrutura e afeta o universo familiar. Deste modo, a pessoa diretamente responsável pelo cuidado passa a organizar sua vida em torno da PSM e as suas necessidades pessoais deixam de ser priorizadas.

Nestas vivências, é constatada a sobrecarga sofrida, implicando na ocorrência de agravos à saúde física e emocional, devido a alteração na dinâmica familiar, a inexistência de um compartilhar do cuidado por parte da família como um todo, o aumento das demandas de saúde provenientes da convivência com a PSM (terapêutica medicamentosa, reabilitação psicossocial, suporte afetivo da família, entre outras), e ainda a falta de recursos para o enfrentamento dessas demandas. Por isso, entre os agravos físicos e emocionais à família, revelados nas falas, destacam-se: hipertensão arterial, enxaqueca, problemas osteomusculares, estresse, gastrite psicossomática, tensão e ansiedade. Como observamos nas descrições que se seguem:

[...] A gente não quer ficar com problema, eu tenho gastrite nervosa, eu tenho problema de tireóide, emotividade a flor da pele (...). Eu não aguento, você está entendendo? [...]. (*Orquídea* mãe de *Romã*).

[...] a minha cabeça dói, o corpo, a pressão fica alta e fico tonta, mas eu confio em Deus e aí eu me seguro, não deito, não durmo, vou nas mãos de Deus, ontem mesmo fui para o posto e peguei meu medicamento da pressão, [...], é assim eu tô levando a vida como Deus me guiar, pedindo força. Senhor tu me dá força, porque só tem Tu por mim e só tem eu pra cuidar de meu filho, não me tira do mundo, enquanto eu viver eu tô cuidando dele, se eu morrer quem vai cuidar dele? (*Margarida* mãe de *Alecrim*).

Eu tenho problemas nos ossos, tenho os exames que comprovam em casa, tenho que tomar remédio, porque se não eu não consigo ficar de pé para cuidar dele [...] eu tenho três hérnias de disco, meus ossos são fracos, minha coluna toda problematizada [...], mas por mais que eu tenho problemas de saúde não me impede de cuidar dele. (*Crisântemo* mãe de *Cravo*).

Eu já estou estressada, eu aqui estou bem, aqui tá ótimo, mas quando eu piso os pés em casa parece que o mundo todo caiu em cima da minha cabeça, se eu pudesse não existia aquela casa pra mim entrar, aí eu digo que vou vender essa casa, que o problema está aqui, porque quando eu morava lá só de aluguel vivia melhor, que essa casa é o motivo, aí fica tudo isso em minha mente, [...] tô com o problema de todo mundo em cima de mim. Eu não aguento mais não, eu estou te falando, porque eu não durmo, não tenho sono para dormir mais, eu só sinto dor de cabeça que não

passa, a médica passou uns remédios eu estou tomando, mas não faz mais efeito, [...] não posso mais ir fazer o tratamento [de sinusite] porque eu não tenho tempo, eu não vou mais medir a pressão, [...] todo dia a minha pressão tá alta; então eu estou com problema também de saúde. (*Begônia* mãe de *Flor-de-lis*).

Vários familiares relataram a existência de problemas físicos advindos da vivência de sobrecarga na família. A fala de *Begônia* chama-nos a atenção, pois se percebe que ela encontra-se em uma situação exacerbada de estresse devido à sobrecarga vivenciada; não apenas pelo cuidado à filha em sofrimento mental, mas por todas as atividades que realiza no viver cotidiano, chegando a criar um estereótipo em relação a casa em si mesma, como se esta fosse a causa de todo o sofrimento. Na perspectiva da psicologia clássica, a ansiedade de *Begônia* produz uma reação de defesa, caracterizada como mecanismo de defesa do tipo projeção. Este mecanismo, segundo a abordagem psicanalítica, trata-se de uma operação em que o sujeito expulsa de si e localiza no outro ou nas coisas sentimentos que estão internalizados, desprezando e/ou rejeitando aceitar ou admitir que estes lhe pertençam (FONSÊCA; MARIANO, 2008).

Assim, para justificar a existência de problemas ou conflitos produzidos nas circunstâncias relacionais de *Begônia*, ela os desloca para a casa, como objeto físico, realizando uma ação projetiva, que passa a ser incorporada como uma tese. No entanto, percebemos com este estudo que o estresse manifestado por *Begônia* não constitui uma experiência privativa dela como sujeito psicofísico, mas da coletividade de sua família como um todo, no contexto da convivência com um membro em sofrimento mental. Sob a ótica da filosofia de Merleau-Ponty, esta é uma vivência da generalidade *intercorporal* que une este familiar (*Begônia*) à cadeia de relações sociais, sobretudo, aos demais membros de sua família.

Esta experiência perceptiva caracteriza-se pela reversibilidade, em que um não existe sem o outro e vice-versa, uma “multiplicidade aberta e indefinida em que as relações são de implicação recíproca” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 109). Referindo-se ao cuidado, não há espaço para o saber teórico que dê conta de explicá-lo como objeto ou instituição a ser praticado por alguém, mas como a própria experiência perceptiva ou vivência do corpo próprio (SENA, 2006).

A convivência com a PSM no contexto de sua família envolve questões complexas, pois não podemos ver as coisas isoladamente, separadas, como em si mesmas, mas como um perfil que se mostra no aqui e agora, atualizando um horizonte de passado (vivência retrospectiva) e outro de futuro (vivência prospectiva). Com esse pensamento, entendemos que as vivências dos familiares com a PSM não podem ser explicadas, mas compreendidas a partir de seu universo sensível e cultural. Portanto, todas as tentativas de explicar os motivos pelos quais uma pessoa passa a assumir o papel de cuidador de uma PSM são insuficientes para dar conta da multiplicidade de sentidos que a mobilizam para tal. Vejamos algumas dessas tentativas no depoimento seguinte:

[...] Na minha família, a esposa sofria para doer mesmo como diz a história, porque eu tenho uma filha que, além do sofrimento mental, ela dá convulsão, tem epilepsia, nós temos que ficar vigiando dia e noite [...]. Antes, há um tempo, eu trabalhava como motorista de ônibus e não tinha tempo para estar cuidando, aí agora eu tenho que dividir com minha esposa, porque ela já anda estressada, o médico dela disse que ela pode falecer a qualquer momento e que eu tenho que dar a maior tranquilidade para ela, não pode ficar nervosa. Então além de eu ter que manter a casa, manter a casa abastecida, eu trouxe a responsabilidade de cuidar deles para mim, de cuidar do *Tulipa e Rosa*, meus filhos com problema mental, a menina até para dá banho tem horas que eu tenho que dá, o pessoal às vezes comenta que não pode dá certo o pai dar banho em uma moça, mas acho que isso é quando a pessoa tem má intenção, mas quando você faz as coisas com dignidade não tem nada a ver, [...] porque estou vendo que minha esposa já não está agüentando mais, não é fácil não. É aí de onde vem a palavra solidário, tenho que ser solidário a ela [a esposa]. (*Antúlio* pai de *Tulipa e Rosa*).

O cuidado desenvolvido pela família visa preservar a vida de seus integrantes, possibilitando que estes obtenham o melhor desempenho possível de suas potencialidades, considerando as limitações/fragilidades de cada um; o *Sr. Antúlio*, responsável pelo cuidado dos filhos em sofrimento mental, é um exemplo de familiar que demonstra preocupação, tanto com o cuidado direto à filha (PSM), como à esposa, a fim de evitar situações que possam resultar em complicações à saúde de ambas.

Assim, a família desenvolve mecanismos e possui uma maneira peculiar de cuidar que, em algumas vezes, não se constitui na melhor forma, mas é como ela se articulou para conseguir conviver, pois cuidar da PSM não constitui tarefa fácil

(BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; NAVARINI; HIRDES, 2008), aspecto que se confirmou nas descrições dos familiares do presente estudo. As dificuldades são mais evidentes nos momentos de crise, em que a família vivencia um processo de intenso desgaste, devido aos problemas que acontecem na trajetória da convivência com a PSM.

Esta convivência é percebida pela família como algo difícil, pois, muitas vezes, o familiar que cuida, sente-se sozinho, sem o apoio adequado para conviver e cuidar, e não sabe como agir frente às necessidades e comportamentos adotados pelo familiar em sofrimento mental. Mas, a família, por ser considerada como o núcleo de onde se irradia o cuidado e onde este é aprendido (DELGADO, 2004), possibilita a seus membros a transcendência e a resignificação de suas vidas. No depoimento de *Gardênia*, a seguir, percebemos que ela retoma vários contextos da convivência familiar, em especial com o irmão em sofrimento mental, e chamou-nos a atenção o fato de como ela se empenhou em valorizá-lo.

[...] “ou sou eu que estou precisando de um psiquiatra, ou é ele?”. Às vezes está melhor do que eu, [...] porque minha gente a barra que nós agüentamos, não foi fácil de maneira nenhuma, pois têm três anos eu perdi meu pai, com trinta e oito dias que perdi meu pai, minha mãe morreu também, e, quando ia fazer um mês que minha mãe morreu, aí veio minha irmã mais velha, faleceu; tudo assim em um curto espaço de tempo, e, meu irmão, quando viu que minha mãe morreu, ele se cortou todo, tão atacado que ele não dormia e eu não dormia, [...] com menos de um mês que perdemos nossa mãe, ele também tentou se matar, se pendurando em uma corda dentro do quarto, mas cheguei na hora e segurei; se não fosse isso ia sair mais um caixão dentro de nossa casa, eu chamei a atenção dele, ele dizia o tempo todo que queria morrer, que a vida não tinha sentido; eu disse a ele: “Oh Rapaz! Só tem eu e você aqui, os outros estão todos longe, o que você quer, se você morre eu vou ficar aqui para quê mais, não é assim, tenho minha filha, ela tem a vida dela, mas eu quero ficar é com você”. [...] Esses dias mesmo eu estava me sentindo mal, tenho problema de pressão alta, o rapaz [o irmão] ficou azuadinho, nunca vi ficar tão desesperado, ia de um canto a outro da casa, até que foi bater na casa de uma colega da minha menina, que é enfermeira [...] acho que ele ficou preocupado, [...] sei que ele tem um afeto por mim, tem medo de me perder, [...]. (*Gardênia* irmã de *Lírio*).

Em seu depoimento, *Gardênia* aponta para algumas situações desagradáveis, vivenciadas por ela e sua família no passado, as quais lhes permitiram entender e ajudar o irmão a valorizar a vida e aceitar as circunstâncias adversas. Ao relatar sua trajetória, embora constitua em algumas recordações dolorosas, *Gardênia* percebeu a

importância de seu irmão para ela e vice versa. Desta maneira, ambos são beneficiados pelo cuidado; a própria cuidadora se confunde em não saber em que momento está cuidando e em que momento é cuidada, pois, logo no início de sua fala ela diz ter ocasiões em que seu irmão está melhor do que ela.

Neste entendimento, Sena (2006) compreende o cuidado como uma vivência do campo perceptivo, uma experiência intercorporal e, neste sentido, tem uma intencionalidade que o orienta: na ação de cuidar, o cuidador atualiza, no presente, um passado caracterizado por um não saber de si, e um futuro que lhe abre a possibilidade de se tornar um outro eu mesmo.

Deste modo, o cuidado de um familiar em sofrimento mental configura-se pela vivência de duas naturezas que implicam em uma experiência ambigua: de um lado, um sentimento que aparece como corpo habitual ou experiência de retomar algo que não depende de nossa vontade, e, de outro lado, um sentido, resultante do processo de reflexão socialmente construído. Vivendo esta experiência, a família é capaz de criar um estilo próprio de cuidar, um “*eu posso*”, que constitui a experiência do outro (SENA; GONÇALVES, 2010).

As descrições dos familiares revelam a existência da ambiguidade no processo intersubjetivo do cuidar. Apesar de sentirem-se sobrecarregados pela conviabilidade com a PSM, conseguem encontrar sentido no cuidar, visualizando-o numa perspectiva mais otimista que não apenas uma experiência que traz sofrimento. Como se segue nos exemplos:

Como familiar, eu que cuido de uma PSM com responsabilidade, [...]; vejo também que os sentimentos estão misturados, porque a gente sente amor acima de tudo, se não fizer por amor não vai superar a sobrecarga, não vai dar conta da responsabilidade; vem a gratidão, que Deus nos dá a oportunidade, a missão de cuidar de alguém assim, e, mais ainda, acho que o dia a dia nos ajuda a aprender com ele, que sempre vem coisa boa, por mais que você acha que determinada pessoa não pode oferecer algo de bom, mas dessas pessoas saem tanta coisa de bom que você nem imagina. Essa experiência vale a pena, por mais que a gente não queria que acontecesse, [...] é uma troca de experiência que também ajuda as outras pessoas, e, você percebe que tem gente que tem problemas piores do que o seu [...].(*Jasmim* irmã de *Girassol*).

Tem que ter grande responsabilidade para cuidar dele [filho em sofrimento mental]. É Deus, eu e ele dentro de casa, é pesado minha irmã [...]; agora mesmo tem mais de 30 dias que **Cravo** tá nervoso, se eu vou tomar um banho eu não posso, se vou ao sanitário eu não posso, se tem alguma coisa pra fazer dentro de casa eu não posso fazer, e, a barra pesa, pesa muito. Mas meu filho **Cravo** é meu companheiro, é meu tudo, eu tenho três filhos, mas os outros moram em suas casas e ele é meu companheiro de todo segundo da minha vida. Mesmo assim com o sofrimento viver sem ele eu não sei se eu consigo, não quero nem imaginar a minha vida sem o meu filho. (**Crisântemo** mãe de **Cravo**).

Mas não é fácil porque é uma grande responsabilidade [...], pois a gente já tem outros compromissos fora desta situação, mas por outro lado é gratificante quando a gente vê a pessoa melhor, sendo tratada, cuidada por a gente, a gente percebe que a pessoa evoluiu melhor [...], é muito gratificante a gente ver ele bem, tem hora que a gente, eu mais ele, a gente se diverte muito; eu aprendo muito com ele, acho ele mais inteligente do que eu, tem coisa que eu fico me “batendo” para entender, como um dia que eu estava fazendo um trabalho de química e física e, nesta área aí, o cara é fera, muito inteligente, aí eu fui falando com ele e ele foi resolvendo e me explicando na maior tranquilidade, com o professor eu não aprendi e com ele eu aprendi mais rápido; [...]. (**Gardênia** irmã de **Lírio**).

Os relatos destes familiares mostram-nos que eles vêm a ação de cuidar como uma missão que requer mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, mas representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de desenvolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2003). Esta atitude de comprometimento ao assumir o cuidado à PSM faz emergir sentimentos e emoções nos familiares, pois o elo que os une se traduz pelo afeto e amor existentes na relação; eles afirmam que sem o amor não seria possível suportar todas as dificuldades decorrentes da convivência e cuidado. Assim, os vínculos são reforçados e as limitações são superadas.

Movidos pelos sentimentos de amor e afeto os familiares reconhecem no cuidado uma experiência que traz prazer, gratificação, conforto e recompensa, conforme se pode perceber nas falas:

[...] Eu também me sinto bem em fazer as coisas para o meu filho, cuidar das coisas dele [...]. Quando ele está calmo, o que ele me pede eu faço, um suco, por exemplo, só se não tiver para eu não fazer; eu trato ele assim, com amor. Faço tudo com amor para ele, deixo as coisinhas dele limpa, tudo bonitinha, dobradinha, deixo tudo arrumadinho, faço com carinho. As pessoas na minha casa dizem se eu faltar, **Alecrim** vai sofrer, mas eu digo que Deus sabe o que faz, porque se Deus vê que é para ele ficar sofrendo, Deus leva ele primeiro do que eu, apesar de eu estar mais velha e sei que ele é novo; mas devido ao sofrimento que ele for passar aqui na terra,

porque ninguém tem paciência com ele, só eu, então eu prefiro para ele não sofrer. (*Margarida* mãe de *Alecrim*).

Na fala de *Margarida*, ela revela a prática do cuidado como uma experiência de amor ao próximo, o amor que sente pelo filho, referindo empenhar-se em atender suas necessidades, em cuidar de seus pertences com dedicação e zelo. Refere ainda sentir-se gratificada pelo que faz ao filho e considera-se imprescindível à vida dele.

A maneira como *Margarida* cuida do filho em sofrimento mental faz toda a família acreditar que ela é imprescindível ao cuidado dele, e que, em sua falta, o filho sofreria muito. Espontaneamente, a relação de *Margarida* com o mundo, e com sua família, produziu este sentido, ao ponto de até ela preocupar-se com a própria morte, no caso de morrer primeiro do que o filho e deixá-lo desamparado. Assim, chegou a desejar que ele, apesar de mais novo, morra primeiro do que ela, uma pessoa de mais idade.

O relato de *Margarida* mostra que ela desenvolveu um estilo próprio de cuidar, que não é apenas seu, mas da generalidade dos familiares que cuidam de PSM. O que ela revela sentir em sua vivência de cuidado, em potencial, outros familiares, como seus pares, também sentem, isso foi constatado nos relatos seguintes:

[...] aí este tema me lembra um texto bíblico, em Coríntios 13 que fala que o amor está acima de tudo, creio eu que me esforço em fazer tudo por amor, porque se não fosse o amor a gente não consegue não. Então assim, baseada em Coríntios 13 o amor de Deus tem que está presente em nosso dia a dia e não deixar que esta cruz do sofrimento esmague a nossa vida [...] para cuidar da PSM melhor, e, se a gente consegue esta força que vem do alto, [...], representada pelo amor que está acima de tudo, a gente pode ajudar um pouquinho essa outra pessoa que está fragilizada, que precisa da ajuda da gente, precisa do carinho, precisa do afeto. [...] tem que ter o amor, é o amor que supera, o amor é tudo, é maior, é o bem maior. (*Jasmim* irmã de *Girassol*).

[...] o amor tem que existir, pois tudo que nós fazemos tem que ser com amor, pois se não for com amor vai tudo pelo ralo, nada serve; já a gratificação ela acontece quando percebo que estou sendo um pai a altura, me sinto gratificado por está fazendo o meu papel, nada a mais, nada a menos que minha obrigação, pois existem pessoas que só fala do filho quando ele tem fama boa, mas quando está com problemas ou tem filhos com problemas aí ninguém fala que tem filho assim; mas eu aonde vou falo quem é meu filho, minha filha, os apresento quando estou com eles, como eu tenho outros que são dez e amo a todos. (*Antúlio* pai de *Tulipa* e *Rosa*).

Deste modo, retomando a noção de estilo expressa pelos familiares como uma generalidade da vivência do cuidar, entendemos, à luz do pensamento de Merleau-Ponty (2002a), que o estilo torna-se visível quando preenche uma ação, no caso deste estudo, a ação de cuidar. No percurso da convivência com a PSM os familiares vão experimentando várias maneiras de cuidar e descobrem-se também sendo cuidados, como veremos nos relatos seguintes:

[...] Às vezes à noite ele me chama para conversar, aí sentamos no sofá e ele começa a conversar [...], sobre meus problemas, ele ainda me dá conselhos, é o único amigo que eu tenho, me diz para sair um dia, para viajar e descansar, passear. Teve um dia que precisava ir em Itabuna, tinha que ir para fazer um exame, mas ele disse para mim aproveitar e passear por lá, me distrair, ir para casa das minhas irmãs para vê-las e aí eu disse a ele: e você? Quem fica com você? Ele disse: “fico numa boa, eu também tenho que ter minha folga”. Eu disse: “folga?” e ele: “é, tem horas que eu me canso de você”. Eu pensei, ah ingrato! [...]. (*Gardênia* irmã de *Lírio*).

[...] quando ela está bem vai para igreja comigo, não deixo ela sozinha, apenas quando vou à feira, [...] tenho uma filha casada que mora nos fundos da minha casa, mas faz faculdade e precisa sair, *Vitória Régia* é quem me faz companhia; quando não estou bem ela percebe, fala pra mim não ficar triste. Ela também me cobra atenção, parar para conversar, ela precisa disso também. (*Dália* mãe de *Vitória Régia*).

Esses depoimentos mostram que na convivência com a PSM os familiares compartilham vivências de cuidado, que se exprimem no companheirismo, na amizade, na escuta e na preocupação com o bem estar físico e mental do outro. Neste momento, são suspensas as teses culturais de que a PSM não é capaz de disponibilizar-se ao outro, de cuidar e atentar-se para o outro. Os familiares demonstraram que a experiência perceptiva encontra-se no domínio de todos os seres humanos, independente da situação de sofrimento mental. É dessa maneira que a *universalidade do sentir*, pensada por Merleau-Ponty (2002a) se realiza.

O contexto familiar deve constituir um espaço para a intersubjetividade, o que pressupõe o exercício da comunicação e, com esta, a possibilidade de compreensão e relacionamento efetivo. Para Merleau-Ponty (2006) a presença do outro se mostra

como um comportamento visível, um corpo animado pela fala, pela ação, emoção e sentimentos, pela intenção de seus atos.

Por meio das palavras, um sujeito participa aos outros sua experiência perceptiva e desperta neles a *partilha sensível* daquilo que é comunicado (FERRAZ, 2008), através da linguagem “a totalidade privada fraterniza com a totalidade social”, quer dizer que o sujeito não está confinado em seu espaço privado, mas se revela como um foco de experiências eminentemente partilháveis (MERLEAU-PONTY, 2002a, p. 202).

Assim, a intersubjetividade é fundamental à compreensão do semelhante, pois possibilita a percepção da coexistência imanente ao processo comunicacional. Esta compreensão implica em uma dimensão valorativa da relação interpessoal, em que se reconhece as pessoas como sendo mais importantes do que as coisas; tal dimensão, repercute na noção de valor ético, em que liberdade, respeito e dignidade são essenciais (CAPALBO, 2004).

Considerando o contexto familiar como um espaço onde se compartilha vivências que podem favorecer a ressignificação dos sujeitos, permitindo-lhes a expressão da liberdade e o exercício da cidadania, é essencial que os familiares de PSM reconheçam a importância deste ambiente para o desenvolvimento do cuidado. Esse reconhecimento foi evidenciado, em parte, nas entrevistas individuais e grupos focais realizados com os familiares, conforme mostram as falas a seguir:

[...] Hoje uma coisa que mudou, que eu achei interessante, é difícil para nós família, mas é preciso, é cuidar dessa pessoa em vez de deixar lá no manicômio, nos asilos! [...] a família tem a sua parcela de contribuição para cuidar, porque você já imaginou se ele (o irmão) estivesse lá (no manicômio) era pior ainda; ficando largado, jogado. [...] mas essa família precisa de ajuda também. Acho que é esse o caminho, é entendendo [...] a convivência dos dois (PSM e família). [...], porque às vezes fica só tratando do doente e esquece de olhar a sua família. [...] Mas pode ter certeza, para a gente conseguir isso (cuidar da PSM na família), não que eu tenha a voz da experiência, a gente precisa conviver e é isso é que vai ajudar, aliado ao suporte do profissional de saúde e dos serviços de saúde mental. (*Jasmim* irmã de *Girassol*).

É a família tem que ter essa responsabilidade do cuidado. [...] tem uns quatro dias que *Romã* tá assim nervoso, ansioso e eu segurando isso, pra ele ficar calmo, estou segurando com a ajuda de vocês, para ele não precisar de internamento, conversando com ele, e, eu fico mais doente quando ele não está junto comigo, eu sofro quando

ele tá assim; quando meus filhos estão longe, ave Maria! [...]; porque é assim mãe pra mim, eu tenho que tá perto dos meus filhos, [...] acho também que, como *Jasmim* diz, o convívio tem que ser na família [...] eu quero ele perto da família, eu quero todo mundo junto. (*Orquídea* mãe de *Romã*).

O cuidado desenvolvido pela família caracteriza-se por atitudes, ações e interações em seu contexto, as quais devem ser direcionadas a cada um de seus membros a fim de fortalecer o crescimento, o desenvolvimento, a saúde e o bem estar desses membros como uma totalidade do sistema relacional (SILVA; NOVAIS, 2009). Esse cuidado tem uma importância significativa nas condições de saúde da família inteira e, em especial, nas famílias que convivem, cotidianamente, com um ou mais de seus membros em sofrimento mental.

Após a Reforma Psiquiátrica e o conseqüente processo de desinstitucionalização das PSM, a família passou a assumir uma parcela cada vez maior de responsabilidade no cuidado a essas pessoas. A família integra uma nova forma de cuidado que, diferente da exclusão e isolamento, ajusta-se, sobretudo, no amor, na democracia, solidariedade e tolerância em relação às diferenças (SOUZA et al., 2009). Trata-se do cuidado que se revela na atitude de colocar-se à disposição do outro, dispensar atenção, demonstrar interesse, compartilhar e conviver com o outro com prazer. Na perspectiva de Boff (1999), envolve uma atitude sujeito-sujeito, uma relação não de domínio sobre, mas de convivência, não de intervenção, mas de interação.

Assim, a família consegue estabelecer uma relação de vínculo que aparece como possibilidade de reconstrução de uma trajetória menos estigmatizante, valorizando seus integrantes como sujeitos perceptivos, aptos à interrelação, produção de sentidos e significados, capazes de transformar realidades. Contudo, a família e PSM necessita, como os próprios familiares salientaram, da interação com os serviços de saúde mental e seus profissionais, a fim de que, cada um de seus membros, possam encontrar apoio para a superação de suas limitações e dificuldades na convivência.

Neste contexto, percebemos que a família é capaz de cuidar, apesar dos obstáculos que se mostram à conviabilidade. Isto é o que, numa linguagem merleau-

pontyana, se define como uma vivência do *eu posso*, vivência esta que produz superação, quebra de paradigmas para os quais cuidar é apenas sofrimento, árduo e estressante; desvela sentimentos, mostra a ambiguidade inerente ao mundo, às coisas e aos outros.

5.4 CATEGORIA (4) – Ambiguidade na convivência com a pessoa em sofrimento mental: aceitação e rejeição

O adoecimento provoca mudanças e mobilizam as famílias que vivenciam tal experiência, pois quando um membro adoece, toda a família sofre e lida com um universo de sentimentos advindos da relação dinâmica que ocorre na convivência. O familiar, ao mesmo tempo em que relata a aceitação de ter uma PSM na família, demonstra sentimentos de rejeição por vivenciar tal problemática em seu contexto familiar. Esta ambiguidade é revelada pelas falas:

[...] Eu fico muitas vezes me perguntando, por quê? Pergunto a Deus, porque isso aconteceu com minha filha! Uma pessoa boa, uma menina inteligente, fez vinte e nove anos, as colegas dela hoje todas já casaram, ela fala de casar, ter filhos [...]. É difícil, muito difícil, só quem convive com alguém assim para compreender, [...] a gente é obrigada aceitar esse problema na família, porque não pode jogar fora, é minha filha e tem que amar. Quando ela nasceu foi uma coisa maravilhosa, eu já tinha um menino, aí veio ela, o pai (já falecido) tinha muito amor por ela, era a filha que ele mais tinha carinho [...] sempre foi tratada bem, sempre dentro das nossas condições ela e os outros teve de tudo, sempre tratamos bem e os outros filhos nenhum teve este problema, só ela, já estava com dezesseis anos, estudando, fazia o primeiro ano (do ensino médio), só Deus sabe o porquê! Então, é difícil, pois quando a pessoa já nasce com o problema mental acho que é mais fácil aceitar, mas minha filha não, nasceu normal[...]. A gente fica assim pensando... por que eu, por que na minha família? Mas aí eu volto e penso, que tem pessoas com o mesmo problema ou às vezes até pior [...]. (*Dália* mãe de *Vitória Régia*).

A dinâmica de conviabilidade permite compreender a relação com o outro. Para Merleau-Ponty (2002a) no domínio do sensível, eu e outro não nos distinguimos, o que implica em dizer que a identidade, como generalidade de nosso corpo, e a percepção do outro, repousam sobre a “universalidade do sentir”.

Merleau-Ponty (2002a, p. 169) argumenta que “a experiência do outro é sempre a de uma réplica de mim”, e, portanto, somos coextensivos com tudo o que vemos, ouvimos e compreendemos e, por isso, somos uma totalidade; a todo instante sentimos que nos sentem, e nos sentem enquanto sentimos.

Neste entendimento, a vivência da doença na família é permeada pela generalidade *intercorporal*, a universalidade do sentir, ambiente ambíguo e anônimo onde se veicula a impessoalidade. Nas falas dos familiares que vivenciam a facticidade do sofrimento mental no contexto de suas famílias, foi possível objetivar a ocorrência de ambiguidades que são mobilizadas pela natureza impessoal, e se mostraram ora como rejeição ou negação da vivência, ora como aceitação da mesma; conforme as falas que se seguem:

[...] a gente é obrigada aceitar esse problema na família, porque não posso jogar fora é minha filha, tem que amar; quando **Vitória Régia** nasceu foi uma coisa maravilhosa, eu já tinha um menino, aí veio ela, o pai (falecido) tinha muito amor por ela, era a filha que ele mais tinha carinho. A gente fica pensando por que, pois ela sempre foi tratada bem, sempre dentro das nossas condições ela e os outros tiveram de tudo, [...] os outros filhos nenhum teve este problema, só ela, já estava com dezesseis anos, estudando, fazia o primeiro ano (do ensino médio), só Deus sabe o porquê, então é difícil, pois quando a pessoa já nasce com o problema mental acho que é mais fácil aceitar, mas minha filha não; nasceu normal, agora ela sempre foi uma pessoa quieta, na dela, [...] ela começou com 16 anos, ia para escola e não acertava voltar para a casa, achava que tinha alguém querendo pegar ela, começou com um medo diferente, sem motivos, a gente não sabe a causa, o porquê [...]. A gente fica assim pensando porque eu, porque na minha família, mas aí eu volto e penso que tem pessoas com mesmo problema ou às vezes até pior [...]. (**Dália** mãe de **Vitória Régia**).

Esta questão não é fácil para nenhum dos membros da família, porque desde os meus 10 anos de idade eu convivo com minha irmã dessa forma. Então eu nunca pude levar uma amiga em minha casa para ficar comigo, para dormir lá em casa, por causa justamente dela. É tanto que já aconteceu um episódio que a única vez que levei, ela agrediu esta minha amiga, [...]; é difícil para todos ter que submeter a essa situação, todos tem que se adaptar a essa nova realidade na minha vida. Então quando tudo aconteceu, eu tinha 10 anos de idade, minha mãe trabalhava, eu tomava conta dela, pois até então ela nunca tinha me agredido, eu cuidava das coisas em casa e dela, mas quando ela começou a agredir, pois me batia, [...] batia no meu irmão menor, aí quando minha mãe chegou decidiu não mais trabalhar para não ficarmos mais sozinhos; então todos os membros da família são afetados. (**Violeta** irmã de **Vitória Régia**, ambas filhas de **Dália**).

Nestas falas observamos que a ocorrência do diagnóstico de um transtorno mental provoca mudanças e mobilizam as famílias que vivenciam tal experiência, daí entender a família como uma unidade, uma generalidade, pois quando um membro adoece, toda a família sofre e lida com um universo de sentimentos advindos da relação dinâmica que ocorre na convivência.

O mundo da vida familiar é radicalmente alterado com o adoecimento de um membro da família, seja qual for o seu diagnóstico (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; NAVARINI; HIRDES, 2008). As autoras acrescentam que há várias alterações na relação com o outro, surgem deslocamento de papéis, mudam-se ou se criam regras, as relações intra e extrafamiliares sofrem repercussões, necessitando de uma readaptação da família inteira.

Na família de **Dália**, a descoberta do sofrimento mental de sua filha **Vitória Régia**, repercutiu em todos os membros, pais e filhos. Neste caso a família nuclear passou por várias modificações que influenciaram também em suas relações extrafamiliares, como relatou **Violeta**, a irmã de **Vitória Régia**, a respeito das dificuldades que sua família vivenciou para adaptar-se à nova realidade em seus contextos, ou seja, a ocorrência do sofrimento mental.

Na percepção da genitora, **Dália**, aceitar a ideia de que uma de suas filhas, a mais esperada, viesse a desenvolver esta enfermidade não é uma tarefa fácil, ela faz várias retomadas em sua vida tentando entender o porquê do adoecimento e, mesmo sem essa compreensão, busca a ressignificação da convivência, pois, mais uma vez, impetrada pelo imaginário cultural, a família, em especial a mãe, percebe-se como responsável em amar e cuidar do membro adoecido.

Esta experiência evidencia, outra vez, a ocorrência do que Merleau-Ponty (2006) chama de pessoalidade ou domínio da linguagem, e é nesse polo que sobrevêm as tentativas de objetivar as razões por que uma pessoa vem a assumir a responsabilidade de cuidar e conviver com uma PSM no contexto familiar.

Outra ideia veiculada na sociedade moderna é que a nossa linhagem genética deve ser “normal”, sendo capaz de assumir papéis sociais e o mercado de trabalho; alguns familiares impregnados pelos aspectos culturais da sociedade onde se inserem,

no momento em que ocorre frustração desses papéis e percebem-se diante da responsabilidade de cuidar de um membro “anormal”, consideram-se afastados do ideal social esperado e desejado, e, várias respostas são evidenciadas no corpo familiar, como a negação e não aceitação do adoecimento (MORASKI; HILDEBRANDT, 2005; ALBUQUERQUE et al., 2007); segundo pode-se observar na descrição seguinte:

É complicado acho que todo mundo que convive com uma pessoa nessa situação de sofrimento mental na verdade, dentro da gente mesmo, não tem aceitação não, vocês me perdoa eu dizer. Sabe por quê? Porque se é um irmão, se é um filho, se é um parente ou até algum amigo e a gente vê naquela situação, pessoas que têm uma vida toda pela frente e aí você olha para aquela pessoa assim e vê uma pessoa que não produziu, não teve nada, aí vem dentro de você aquela revolta (muitos do grupo concordaram). [...] eu queria vê ele bem, como todos vocês que tem familiares com sofrimento mental, queria ver progredir na vida, ninguém quer ser uma pessoa, um ser humano, sem produtividade, sem ter sentido a vida. Mas a questão é essa tentar sempre está envolvendo a pessoa na sociedade, não podemos descartar isso, envolver na comunidade, com outras pessoas. [...] aí vem de novo aquela necessidade de você aceitar, é uma controversa, pois você pede forças a Deus para aceitar aquela situação para ir convivendo e cuidando com equilíbrio [...]. (*Jasmim* irmã de *Girassol*).

A dificuldade em aceitar o diferente, de compreender o outro, de respeitar a singularidade de cada ser humano, suas fragilidades e limitações, são marcas de uma sociedade massificada, onde todos devem ser iguais, enquanto deveríamos ter, resguardada, a igualdade (ALBUQUERQUE et al., 2007). No depoimento de *Jasmim* percebemos como a inquieta a diferença de seu irmão em sofrimento mental, chega verbalizar sentir revolta por ele não ter um fluxo “normal” de vida, mas essa mesma inquietação a mobiliza para incluí-lo socialmente, apesar de ser diferente daquilo que ela almejava ser, *Jasmim* percebe a importância do irmão manter as relações interpessoais.

Deste modo, a experiência de conviver com um familiar em sofrimento mental caracteriza-se por uma ambiguidade, ou seja, uma pessoalidade que vai se descentrando no outro que necessita do cuidado, ao mesmo tempo em que se revela uma impessoalidade que vai orientar a ressignificação do outro (MERLEAU-PONTY, 2006). Vivendo esta experiência ambígua, o familiar projeta-se ao futuro, de onde

emergem a possibilidade de uma convivência mais afetiva, em que o cuidado acontece como experiência do outro.

O familiar habitado pela impessoalidade (vivência anônima), e pelos valores socioculturais, oscila entre a expressão de sentimentos e a noção naturalista de que a PSM é socialmente inativa. Essas duas naturezas apesar de parecerem contrárias orientam o ser no mundo, pois coexistem mutuamente e fazem as famílias vivenciarem a dinâmica da convivência.

Não obstante haja um ideal de perfeição genética, socialmente incorporado, alguns familiares relacionam a origem do sofrimento mental à genética e hereditariedade, e, por isso, conformam-se com a situação e tesificam a doença como algo imutável, como ilustra a fala a seguir:

[...] Então assim aceitar é difícil, mas fazer o quê, pois não tem como mudar esta situação, eu já me perguntei várias vezes o porquê, mas quando eu vejo lá atrás o que já presenciei em minha família aí eu entendo [...], porque na minha família já apareceram outros casos, sem ser o caso do meu irmão, já tem mais três familiares com transtorno mental [...]. Voltando a aceitação, ninguém quer aceitar mesmo não, principalmente quando a gente vê que nasceu normal, cresceu normal e quando faz de 12 a 18 anos começa a modificar os pensamentos, os comportamentos, uns dizem que é fase da adolescência, mas nem sempre é próprio da adolescência tanta mudança, meu irmão mesmo foi de 13 para 14 anos que começou a mudar, com umas ideias estranhas, ninguém deu muita importância lá em casa, só meu pai que disse que isso não era normal e começou a prestar atenção, [...] aí meu pai falou que aquilo era caso para médico, começou fazer tratamento [...]. (*Gardênia* irmã de *Lírio*).

O fato de *Gardênia* vivenciar outras experiências de pessoas em sofrimento mental em sua família ampliada contribuiu para que ela tivesse uma melhor aceitação do sofrimento de seu irmão, apesar de expressar a dificuldade dessa aceitação, principalmente quando imagina que a pessoa nasceu “normal”, e só veio a desenvolver a doença na adolescência. Não apenas *Gardênia*, mas notamos que outros familiares esboçaram o mesmo sentimento nas falas anteriores, demonstrando que a família nunca se sente preparada para enfrentar o adoecimento mental, que sempre ocorre de uma maneira inesperada.

Outros familiares ao vivenciar a situação como experiência radical na família, contrariamente ao que diz a ciência, tentam negar a predisposição genética como um

entre os vários fatores que podem estar relacionados a ocorrência do sofrimento mental, como percebemos na fala do familiar a seguir:

Ele era um menino que fazia tudo para mim, ficava em casa, ia ao supermercado, pagava contas, e aí de repente um dia em 2008, percebi o comportamento dele alterado. Depois deste problema de **Romã**, tivemos que mudar muita coisa, [...] eu estou tentando aprender a conviver com isso. Eu tenho uma mãe que tem problema mental, mas foi problema de resguardo quebrado, não é de nascença, não convivi com ela, sei que é minha mãe, mas eu tenho uma outra mãe do coração. [...] **Romã** não conhece a minha mãe verdadeira, nem meus outros filhos. Então, **Romã** tem que saber que o problema dele não tem nada a ver com isso [...] não é de ordem genética. [...]. (*Orquídea* mãe de **Romã**).

Na família de **Orquídea**, por exemplo, o adoecimento de seu filho ainda é considerado como algo relativamente novo para ela e pelos outros membros da família; refere que está aprendendo a lidar com a atual realidade, mas já percebe a ocorrência de algumas mudanças na vida do filho e na dinâmica familiar. **Orquídea** reconhece que sua mãe biológica tem uma experiência de sofrimento mental, no entanto, acredita que esta experiência não se relaciona com o adoecimento do filho, porque a família não tem contato com mãe. O depoimento fez ver que ainda se considera a “doença mental” como “doença” transmissível.

O adoecimento mental de um filho afeta intensamente a vida da família, principalmente os pais; o filho parece significar, para muitos genitores, uma denúncia de falhas no sistema familiar, por isso, quando descobrem que um membro encontra-se com sofrimento mental, muitos pais vivenciam sentimentos de negação, culpabilização, desespero, confusão, entre outros (MELMAN, 2001).

Em contrapartida, a convivência diária com uma PSM traz à família a experiência da adaptação à nova realidade, e a aceitação vai acontecendo, mostrando ser possível a experiência de transcendência, tanto para os familiares, como para a PSM. Neste sentido, somos condenados à vivência do “eu posso”, inclusive porque a vivência conduz à criação de estratégias que permitem conviver com as ambiguidades impostas pelo sofrimento mental em si, e superar o preconceito.

Percebemos que a experiência de intercorporeidade família/PSM imposta na convivência, caracteriza-se como experiência de campo fenomenal, a qual passa a

constituir o palco onde tudo pode acontecer nas duas existências que se entrecruzam. Na fala seguinte notamos os vários perfis que emergem dessa experiência de campo, que se pode configurar como fenômenos:

Quanto à questão da culpa, eu não vou me colocar como culpado, ou que as crianças (referindo-se aos filhos já adultos) têm culpa, pois ninguém pede para vir ao mundo doente ou adoecer, como meus filhos que nasceram sãos e adoeceram mais tarde, agora às vezes a minha esposa, devido ao estresse, fala que não foi Deus que deu esses filhos; [...]. Resumindo, meus filhos estão aí e eu tenho que gostar deles como são, ontem mesmo *Tulipa* falou: “eu vou dá um beijo em meu pai”. Senti assim um carinho sincero, ele tem 44 anos de idade, chegou e me deu um beijo, um abraço na mãe, ele tem o lado bom também, aí a gente vê que não é culpa dele o que ele está passando, ele está pagando o que não deve, é igualmente uma pessoa dizer que outra roubou sem ter feito isto, não é duro! Então minhas amigas (falou se dirigindo ao grupo), não é fácil, mas a gente analisando com a experiência que temos, com nossas discussões, minha experiência como pai de família, a gente percebe que alguns tem mais facilidade de encontrar meios para resolver seus problemas, descobrir os por quês, os meus eu não encontrei ainda, mas o que eu fico observando que em todos os lugares tem esses problemas de pessoas na família com sofrimento mental, é um problema do mundo todo, não é só um problema na minha família. [...] Em fim, nós aceitamos porque não tem outra saída, nós não podemos deixar nossos filhos à toa, nas ruas, nós temos que cuidar, que conviver mesmo com todos os problemas e dificuldades [...]. (*Antúlio* pai de *Tulipa* e *Rosa*).

Esta fala fez ver o exercício de abertura ao outro, o que significa dizer que o familiar conseguiu reconhecer-se naquilo que se apresenta a sua percepção, isto é, o sofrimento mental na família, e aprendeu a lidar com ele, mesmo sem tomar consciência dessa aprendizagem, que faz parte de um processo temporal, em que o familiar retoma a vivência do corpo habitual e é mobilizado a projetar-se ao horizonte de futuro. Este processo ocorre em toda a trajetória do cuidado e da convivência da família com a PSM. Logo, sob o olhar do pensamento merleau-pontyano, podemos definir que cuidar é perceber e vice versa.

Neste sentido, compreendemos que a convivência familiar, embora permeada de dificuldades, permite a descoberta de novos sentidos à vida dos envolvidos, conduzindo-os à visualização de perspectivas e construção de projetos capazes de ressignificar a existência.

Por isso, concordamos que o ambiente familiar não deve ser considerado apenas como um recurso ou um ‘lugar’ qualquer, mas como espaço de afeto e relações

personalizadas e significativas (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008). Contudo, nem sempre a família é compreendida assim. Alguns profissionais de saúde ainda acreditam que a culpa do adoecimento mental é da família, como mostram as falas a seguir:

[...] Quanto à aceitação acho que esse problema já foi aceito pelo amor de Deus, não me culpo, porque se ele tem esse problema, Deus sabe, não foi eu que coloquei, como uma vez fiquei muito chateada por o psiquiatra dizer que eu sou culpada por meu filho ser doente, não concordei com ele, mas ele não deixou nem eu falar, mas eu sei que não foi eu a culpada por meu filho ter um problema mental, pois desde pequeno ele veio desenvolvendo este problema, já passou por vários médicos, como pode ser eu mãe a culpada por uma coisa dessas, então eu não sei nem mais o que falar porque eu não tenho revolta do meu filho, eu amo ele, eu cuido [...]. (*Margarida* mãe de *Alecrim*).

[...] Em se tratando de culpa, eu não me culpo por meu irmão está assim (em sofrimento mental), mas eu ouvia quando era mais jovem alguém que sempre dizia que minha mãe era culpada por ele está naquela situação; assim na questão de criação do modo de agir, de fazer vontades. Um dia o psiquiatra falou com minha mãe, ela já idosa e com problemas de saúde, naquele dia eu fiquei revoltada, porque ele falou para ela que era ela a culpada pelo filho dela está doente, ele não olhou o lado da família, da convivência [...]. (*Jasmim* irmã de *Girassol*).

Quando a sociedade e os profissionais de saúde culpabilizam a família pelo “adoecimento mental” estão reforçando o discurso psiquiátrico segregador e excludente, gerando na família sentimento de revolta. No modelo da saúde mental não se trabalha numa perspectiva de causa e efeito, o que motivaria a preocupação em encontrar o culpado pelo adoecimento, mas o foco desse modelo é o cuidado à pessoa em sua integralidade e de forma interdisciplinar.

Portanto, a nosso ver, é inadmissível na atualidade, em meio a tantos avanços dos saberes e práticas em saúde mental, que ainda existam profissionais nessa área com uma conduta já superada, ao em vez de ter a família como aliada no cuidado, atribui-lhe a culpa e a responsabilização pelo sofrimento mental de seu familiar.

Consideramos assim, que toda vivência implica em intersubjetividade e que esta tem o potencial para a construção do conhecimento, a convivência da família com

a PSM constitui um espaço à produção de saberes e práticas de saúde mental capazes de contribuir para a promoção da saúde da família como um todo, além de abrir possibilidade para a aceitação/inclusão social deste membro em sofrimento mental e superação da tese de que a convivência da familiar com a PSM sempre corresponde a uma experiência de sofrimento.

5.5 CATEGORIA (5) – A fé na cura divina e a crença em um deus que permite a doença

A espiritualidade é uma das estratégias que as famílias utilizam para conviver com o sofrimento mental em seus contextos. A maioria dos familiares percebe na fé um mecanismo para suportar o adoecimento, que, para eles, é uma permissão de Deus; mas não deixam de acreditar na cura divina, “em um Deus todo poderoso”. Assim, procuram justificar que a cura do seu familiar com sofrimento mental não aconteceu porque ainda não é o momento designado por Deus, ou talvez, a fé não esteja sendo forte o suficiente para isso; seguem-se exemplos nos depoimentos:

Eu creio que aquele Deus que curou a mulher do fluxo de sangue, que fez o coxo andar e o cego enxergar, aquele Deus existe. Ele não mudou, eu creio que um dia Ele cura meu filho, eu confio no nosso Deus todo poderoso. Eu peço a ele força, coragem, resignação, Ele sabe, eu oro sem cessar, eu oro cantando, eu oro chorando; mas eu busco meu Deus porque só Nele eu vou encontrar a fortaleza [...]. Deus não dá uma cruz que a gente não aguenta carregar, Deus não dá um fardo que a gente não possa carregar, e eu espero no meu Deus um dia tudo isso vai passar, porque meu filho é meu companheiro[...]. (*Crisântemo* mãe de *Cravo*).

[...] Será que a gente não tem a fé suficiente para acreditar em um Deus que cura? Sinceramente, minha fé aqui deu uma balançada. Vou te dizer, eu sinto assim, enfraquecida na fé, porque se nós temos um Deus que dá livre arbítrio ao homem, ele não permite que o filho dele sofra, ele só quer o melhor para seu filho [...]. Então, talvez, isso no meu pensamento, talvez até com minha pessoa, a minha fé não é suficientemente forte para acreditar na cura, por isso que não acontece. [...]. Então, a questão que eu vejo assim dos desígnios de Deus é que talvez passou despercebido dos que estavam junto né, nós familiares, porque, por ignorância, por não querer aceitar a diferença, por não ter acompanhamento, por não ter condição financeira de investir ou tratar [...]. (*Jasmim* irmã de *Girassol*).

Observamos em nosso meio uma tendência cultural das pessoas em procurar na divindade a ajuda para solução de seus problemas, os quais são considerados de difícil resolução. Assim, fundamentam-se na fé religiosa tanto para acreditar que o curso da vida pode mudar para melhor, como para conseguir forças e suportar conviver em situações adversas.

Estudos veem sendo desenvolvidos na perspectiva de entender a relação existente entre religiosidade e saúde mental. A maioria deles considera a religiosidade como um mecanismo importante para que a PSM e seus familiares compreendam o sofrimento; apontam a religiosidade como um dos indicadores de saúde mental, por proporcionar melhor adaptação ao estresse proveniente da relação cotidiana com o sofrimento (MORENO; ALENCASTRE, 2003; HOLANDA, 2004; SILVA, 2004; CERQUEIRA, 2007; DALGALARRONDO, 2007, 2008; SILVA; ZANELLO, 2010).

A religião, pela prática da fé, traz alívio e conduz à cura das doenças consideradas incuráveis e aquelas que produzem intenso sofrimento à PSM e sua família (SILVA; MORENO, 2004). Este pensamento corrobora com as descrições vivenciais dos familiares do presente estudo que, além de acreditarem em um Deus que pode curar, também entendem o adoecimento como uma permissão divina, conforme pode-se evidenciar a seguir:

[...] Eu acho que está faltando só Deus resolver isso, de uma forma ou de outra, [...] porque tem momento que é difícil pra gente encarar, e, sabendo [...] que eles (filhos em sofrimento mental) estão pagando também pelo que não devem e isso realmente marca demais. Mas eu não posso jogar a toalha, não podemos jogar a toalha, deixar sair pra carro matar na rua, [...] tem que ter alguém para cuidar [...]. Deus sabe o que faz, porque um dia o pobre morre e o rico também morre, o pobre fica rico e o rico fica pobre, já vi muito isso, deixa rolar [...]. (*Antúlio* pai de *Tulipa* e *Rosa*).

A crença em Deus eu acho que é muito fundamental, porque sem um Deus e sem [...] fé em um Deus que fez tudo isso aí, que criou tudo, eu acho que ninguém vai para canto nenhum, nem para um lado, nem para outro. Quanto a cura eu acho que às vezes pode ter, é só ter muita fé e muito cuidado no que faz, principalmente em relação aos remédios [...]. (*Gardênia* irmã de *Lírio*).

Eu fico muitas vezes me perguntando por quê? Pergunto a Deus porque deixou isso acontecer com minha filha, uma pessoa boa, uma menina inteligente, fez vinte e nove anos, as colegas dela hoje todas já casaram, ela fala de casar, ter filhos, [...]. Eu

acho que se Deus quiser Ele cura, mas está no comando dele, se Ele quiser, a gente ora e tal, mas é da vontade de Deus. (*Dália* mãe de *Vitória Régia*).

A fé acalenta a alma das pessoas, as faz conformar diante das adversidades da vida, mas também pela crença em um Ser Superior, conhecido como Deus, que tudo pode, acreditam os familiares, que há como mudar o curso das coisas, a PSM pode vir a ser curada.

A consistente fé religiosa presente em nossa cultura mobiliza a família, a deixar a passividade que apenas espera pela ação dos medicamentos e passa a desenvolver um papel ativo na terapêutica do membro familiar em sofrimento mental, ainda que seja por meio de orações, pedidos e promessas; e nesse rico território de significações as pessoas podem produzir sentido para compreender e lidar com suas limitações e dificuldades (SILVA; ZANELLO, 2010).

De tal modo, os familiares vivenciam os dois pólos da ambiguidade: de um lado a pessoalidade, em que orientados por este saber cultural, consideram que pela fé Deus pode curar a PSM, membro da família e, de outro lado, a impessoalidade dá lugar a um sentimento altruísta, que, ao considerar a doença como uma permissão divina, impulsiona os familiares a vivenciarem a importância da espiritualidade como um mecanismo que tem extremo valor para o processo de ressocialização das PSM, já que devolve a chance para recuperação de valores, implicando em mudança de conduta.

A vida baseada na espiritualidade devolve o sentido da existência, ensina a necessidade de amar o próximo, apesar das diferenças, exercita o ser solidário e também a necessidade de resgatarmos nossos valores humanísticos, e ainda restabelece os sonhos perdidos, a capacidade de se conviver com a PSM, apesar das intempéries do transcorrer da vida (CARVALHO, 2008). O autor acrescenta que por meio da espiritualidade há uma espécie de renovação da reconciliação com o universo e de comunhão com o divino.

Este Ser divino é quem, a todo tempo, acompanha e ajuda a pessoa a discernir o bem e o mal, a enfrentar os obstáculos da vida, a alcançar seus propósitos e a viver com esperança (BOFF, 1999). Embora Merleau-Ponty não discuta sobre a fé religiosa, a fenomenologia da percepção ajuda-nos a compreender a importância da fé na

aceitação do semelhante com limitações, no fortalecimento da confiança, superação e enfrentamento das dificuldades, e abre possibilidades para a construção de projetos significativos de vida.

Os depoimentos dos familiares revelam a concepção de Deus como um Ser Superior que deseja o bem estar de toda a família. Mostram também que uma das formas utilizadas por Deus para proporcionar este bem estar é a permissão de algumas dificuldades no decorrer de suas vidas, as quais poderão ser superadas desde que as pessoas acreditem que podem ultrapassá-las e creiam em Seu apoio para enfrentá-las.

Apareceram também nas falas dos familiares que sua conviabilidade com a PSM pode significar uma “cruz”, um “peso” a ser carregado, mas este “fardo” é dividido com Deus, por isso, é possível carregá-lo apesar das dificuldades. A tese de que Deus ajuda a dividir o “fardo”, caracteriza a espiritualidade como um sustentáculo à família para que a convivência com a PSM aconteça de forma mais agradável.

Nesta perspectiva, independente de questões religiosas, o ser humano necessita da espiritualidade para ser feliz, ao contrário, a infelicidade estará presente em sua vida e ele não se realizará; porém, ao aceitar o espírito de Deus sua vida fluirá luz, serenidade e imensa felicidade, podendo superar o sofrimento (BOFF, 1999).

Assim, os familiares do estudo fizeram ver que o mesmo Deus que permite a ocorrência do sofrimento mental, oferece apoio e força para sobrepujá-lo, pois o Seu maior propósito é a felicidade de seus súditos. A fé é então uma atitude que, de certa forma, permite a família da PSM vivenciar o *eu posso*, o que favorece o conviver e o cuidar com “resignação”.

Um dos familiares do estudo (*Gardênia*) crê que a ocorrência do sofrimento mental em sua família tem um motivo, ele não aconteceu “por acaso”, sem uma finalidade. Refere-se ao sofrimento mental como uma forma de pagar uma “dívida” que seus antepassados cometeram, conforme a fala que se segue:

[...] Agora o entendimento de que a doença mental é um designo de Deus eu acho que não. Eu acho que quem planta colhe, que alguma coisa antes disso tudo acontecer já vem de uma coisa lá de trás, dos nossos antepassados que às vezes já aprontou muito, às vezes não pagou naquela época. Eu não sou espírita, mas [...] eu penso assim [...] a gente só paga o que deve e se está passando por isso é porque alguma coisa aconteceu, pode não ter feito agora, mas lá atrás os teus antepassados

será o que foi que fizeram? [...] agora, Deus, é o misericordioso, [...] a doença mental não é um designo de Deus, foi alguma coisa que a pessoa fez [...]. (*Gardênia* irmã de *Lírio*).

O pensamento de *Gardênia* fundamenta-se na Bíblia Sagrada, no livro de Êxodos capítulo 20, segunda parte do versículo 5, que diz: “porque eu, o Senhor, teu Deus, sou Deus zeloso, que visito a maldade dos pais nos filhos até a terceira e quarta geração daqueles que me aborrecem”; e ainda no livro de Números capítulo 14, versículo 18, que pontua questões relacionadas ao pecado e suas repercussões nas gerações: “O Senhor é longânimo e grande em beneficência, que perdoa a iniquidade e a transgressão, que o culpado não tem por inocente e visita a iniquidade dos pais sobre os filhos até a terceira e quarta geração” (BÍBLIA SAGRADA, 2008, p.149, 255).

Assim, com o respaldo da Bíblia Sagrada, o familiar acredita que as transgressões perpetradas por outras gerações trazem seus reflexos no presente de sua família, os problemas advindos do sofrimento mental são, portanto, o cumprimento da palavra de Deus em razão do pecado do homem.

Este pensamento, no encontro de grupo focal, trouxe à tona uma discussão em que os familiares divergiram-se em suas opiniões, pois apesar de muitos entenderem o sofrimento mental como permissão divina, referiam que este acontecimento na família é uma fatalidade na vida das pessoas, é uma obra do acaso, segundo ilustra o depoimento seguinte:

[...] não acredito que meu menino de 16 anos, já pra fazer 17, um menino que nunca bebeu, nunca usou droga, pagar uma coisa que o antepassado que fez, eu não acredito não. [...] Eu não acho que Deus vai querer uma coisa ruim para alguém, eu acredito que Deus está presente em minha vida no que tudo acontecer, Ele está olhando por todos nós sempre. Então sempre que acontecer algo ou bom ou ruim Ele está presente, agora designar uma coisa assim, acho que não. [...] eu acredito que é uma coisa que aconteceu por acaso, não o designo de Deus [...] se aconteceu o problema de *Romã* é porque Deus não está presente? Claro que não! Deus sempre está presente e aconteceu porque teve que acontecer. [...] eu acredito que Deus está entrando com providência na vida do meu filho e tudo tem o seu tempo, se ele tiver de ficar bom, tudo vai ser da vontade de Deus. [...] Se não? Não. Mas pra mim não existe outra coisa. Se não tem Deus junto comigo, então não existe cura [...] e Deus não pode não querer curar. Estou certa? (alguns do grupo confirmam que ela está certa, outros não ter essa certeza) Ah! Eu acho que Deus não pode não querer curar. (*Orquídea* mãe de *Romã*).

Orquídea mostrou-se contrariada com a fala de *Gardênia*, referindo não acreditar que o filho, ainda adolescente, adoeceu em razão de pecados ou coisas ruins que seus antepassados cometeram. Ela considera o sofrimento mental em sua família como uma fatalidade, mas que este acontecimento não significa que Deus não está presente em sua vida, seja na ocorrência de vivências boas ou ruins, Ele sempre está presente e não deseja o mal a nenhum de seus filhos. Sendo assim, Ele pode curar seu filho, pois não deixará de fazer o bem aos súditos.

A própria Bíblia Sagrada, aponta que a responsabilidade por cometer delitos é pessoal e, através da conversão espiritual, os delitos e transgressões são perdoadas e não mais passará tal anátema a outras gerações, conforme se lê no livro de Ezequiel capítulo 18, versículo 20: “o filho não levará a maldade do pai, nem o pai levará a maldade do filho; a justiça do justo ficará sobre ele, e a impiedade do ímpio caíra sobre ele” (BÍBLIA SAGRADA, 2008, p.1196). Neste mesmo livro, no capítulo 18, versículo 30, tem-se a seguinte conclusão: “Portanto, eu vos julgarei, a cada um conforme os seus caminhos, ó casa de Israel, diz o Senhor JEOVÁ; vinde e convertei-vos de todas as vossas transgressões, e a iniquidade não vos servirá de tropeço” (BÍBLIA SAGRADA, 2008, p.1197).

Com base no pensamento bíblico, o qual fundamenta a fé cristã dos familiares do estudo, percebemos o quanto a religiosidade interfere nas maneiras de pensar e aceitar o sofrimento mental pela família, bem como, encoraja os familiares a viver o presente numa perspectiva de futuro, que mesmo não possibilitando a vivência da cura, colabora para ressignificação dos semelhantes.

Assim, o exercício da fé em um Ser Superior atua como um núcleo utilizado pelas pessoas, uma forma de expressar sentido a vida, sobretudo diante das mazelas, desamparo e sofrimentos que ocorrem no transcorrer do viver humano (CARVALHO, 2008). Logo, a figura de Deus mostra-se para os familiares como uma esperança de cura; para eles, Deus torna-se o responsável pela vida e também pela saúde, pois na percepção destas pessoas a medicina não oferece uma cura para o sofrimento mental, oferece apenas um “paliativo” para o seu “controle”.

Quando a cura não acontece através da crença em um Deus que pode efetivá-la

de fato, o familiar sente-se enfraquecido na fé e, por outro lado, tenta articular, em seu contexto, um culpado para a evolução do sofrimento mental, de acordo observamos a seguir:

Diante disso tudo aí eu fico a me perguntar: Será que a gente não tem a fé suficiente para acreditar em um Deus que cura? Sinceramente minha fé aqui deu uma balançada. Vou te dizer, eu sinto assim enfraquecida na fé, [...] talvez até com a minha pessoa, minha fé não seja suficientemente forte para acreditar na cura, por isso que não acontece. E por outro lado, certa culpa temos, [...] por exemplo, meu irmão, ele vem nesta situação há mais de 30 anos, [...] ele começou o tratamento depois que a psiquiatria aqui se firmou [...], hoje melhorou muito, mais se naquela época os meus pais tivessem uma abertura de mente, não estou julgando eles, nem culpando, mas por ignorância de não acreditar e não aceitar a situação, e tivessem percebido na adolescência dele a diferença entre os irmãos e buscado ajuda [...] um acompanhamento com alguns profissionais para a prevenção, talvez ele não chegava ao grau que chegou hoje [...]. O diagnóstico dele só foi definir de 1990 para cá, mas até então levava no Pronto Socorro medicava e levava para casa, aliviava, melhorava, era um paliativo [...]. Então a questão que eu vejo é que talvez passou despercebido dos familiares, por ignorância, por não querer aceitar a diferença, por não ter acompanhamento, por não ter condição financeira de investir [...]. (*Jasmim irmã de Girassol*).

No depoimento de *Jasmim* percebemos que ela tenta explicar porque a cura do irmão em sofrimento mental não aconteceu até o momento, para ela sua fé não está sendo suficiente para que o processo de cura tenha êxito; todavia completa dizendo que a família como um todo tem culpa por tal fato, pois, quando seu irmão começou a desenvolver o sofrimento mental, há muitos anos atrás, talvez pelo desconhecimento ou não aceitação do problema, a família não procurou ajuda no início dos sintomas, o que evitaria a evolução do transtorno mental do irmão.

A espiritualidade constitui aspecto relevante para as famílias e parece ocupar importante papel na estruturação das mesmas, sendo responsável pela humanização da pessoa, auxiliando-a na construção de sua personalidade (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2004). Assim, a espiritualidade apresentou-se presente em todas as famílias do estudo, elas acreditam na prática da fé religiosa como um subsídio para conviver e cuidar da PSM e, pela crença em um Ser Superior, evidenciaram a preocupação quanto à manutenção do bem estar familiar e auto preservação de suas relações.

Portanto, a análise das falas dos familiares permitiu-nos perceber a espiritualidade como um mecanismo que eles utilizam pra enfrentar o sofrimento mental em seu cotidiano. Esta experiência de análise mostrou-nos as ambiguidades que são características do desvelar fenomênico: os familiares percebem o sofrimento mental ora como permissão de Deus, ora como possibilidade da cura divina que ocorre por meio do exercício da fé.

5.6 CATEGORIA (6) – Proteger a pessoa em sofrimento mental da violência e discriminação social e proteger a sociedade da pessoa em sofrimento mental

A violência é um fenômeno complexo que envolve indivíduos, relações interpessoais, comunidades e a sociedade inteira (MARI; MELLO; FIGUEIRA, 2008). É um termo que tem origem latina na palavra *vis*, que significa força e relaciona-se a situações de constrangimento e à utilização de atos que envolvem relação de poder e superioridade física sobre o outro (MINAYO, 2006).

Deste modo, a violência compromete consideravelmente a qualidade de vida da população e, ao lado das doenças crônicas e degenerativas, constitui uma patologia que está modificando o perfil dos agravos à saúde em países de todo o mundo, por isso, configura-se como problema de saúde pública e exige estratégias específicas de prevenção e enfrentamento (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008; ANDRADE; BEZERRA JÚNIOR, 2009).

A violência envolve então diversas facetas e, tentar estabelecer uma definição fixa e simples, é reduzi-la e desconsiderar sua evolução e especificidade histórica. De fato, todo o conceito de violência é complexo. Inicialmente esteve limitado à conotação jurídica, nesta, a violência constituía-se em violação coagida do direito ou da integridade de uma pessoa por outra ou grupo; paulatinamente, esta percepção evoluiu e foi associada à outra consideração comportamental mais complexa, o da agressão (LORENZ, 1966; BERTOLOTE, 2009). Assim, os autores entendem que de um lado, o significado original da violência é visivelmente um fenômeno desviante

que induziu as sociedades a arquitetar estratégias para restringir a singularidade do ato; por outro lado, a agressão é um elemento inerente a todos os seres vivos, já que constitui um mecanismo essencial para a sobrevivência.

Uma definição mais concisa da violência foi dada pela 49ª Assembléia de Saúde em 1996, quando foi declarada como um problema central de saúde pública e, em seguida, formulou-se a definição de violência que segue:

O uso intencional de força ou poder físico, sob forma de ameaça ou ação efetiva, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações de desenvolvimento ou privações (WHO, 1996, p. 22).

A OMS publicou em 2005 um relatório de acompanhamento conhecido como *Relatório Mundial sobre Saúde e Violência* (KRUG, et. al, 2005). Este documento representou um marco divisório, pois propôs os diversos tipos de violência, que variam de acordo com peculiaridades de quem perpetra o ato violento, sendo divididos em: violência autoinfligida; violência interpessoal e violência coletiva (BERTOLOTE, 2009). Classificando ainda a natureza da ação violenta em física, sexual, psicológica e as que envolvem privação ou negligência ou descuido (KRUG, et. al, 2005).

Com tais considerações, concordamos que a maior complexidade para conceituar a violência pauta-se no “fato de ela ser um fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia” (MINAYO, 2006, p. 14).

Neste entendimento, vivenciar a experiência do sofrimento mental traz inúmeras implicações nas diversas formas de interação social. Estas perpassam pela perspectiva de aceitação e também pela produção de um estigma social que culturalmente foi incorporado pela nossa sociedade (NUNES; TORRENTÉ, 2009). Assim, a violência pode ser considerada um dos estigmas sociais que afeta diretamente o cotidiano das PSM e suas famílias, impondo-lhes restrições e sofrimento, acarretando considerável prejuízo às novas formas de cuidado e às estratégias de inclusão social dessas pessoas.

Os familiares de PSM que fizeram parte deste estudo apontaram a violência como uma ocorrência que se exprime de forma ambígua no contexto social de suas famílias. Percebemos nos relatos, que na dinâmica da convivência familiar com a PSM, existe a necessidade de protegê-la, no sentido de zelar, cuidar e defender do preconceito e discriminação social que, infelizmente, ainda imperam na sociedade hodierna e se manifestam em diversas formas de violência contra a PSM; mas, olhando de outro ângulo, estas famílias também sentem, em alguns momentos, a necessidade de proteger a sociedade contra as possíveis “agressões” ou “incômodos” produzidos pela PSM, talvez por esta intuir que a sociedade a exclui. As falas seguintes demonstram a ambiguidade em relação à violência vivenciada pelas famílias dos sujeitos da pesquisa:

[...] Mas têm que ser os dois lados mesmo, os dois lados da vida, porque temos que defender o nosso ser humano e temos que defender a sociedade que também faz parte do nosso dia a dia. Aí que dificulta a trajetória de quem é pai, de quem é mãe e família que cuida dessas pessoas, porque se uma pessoa vem dar um tapa a gente vai reagir, [...] e se aquele doente for dá um tapa naquele de fora a gente também vai achar ruim. Quer dizer, até a ação do convívio familiar se torna contraditória justamente nessa hora, na raiva, porque não é fácil tratar dos dois lados, é um jogo de cintura. Outro dia no Fórum chegou uma senhora e o esposo, meu menino foi lá para querer beijá-la, esse doente, aí o marido da mulher abriu a porta do carro e foi atrás dele e ele correu para dentro do Fórum, aí a polícia barrou o cara e a polícia disse: “esse rapaz é doente mental”. Aí o rapaz falou assim: “esse doente mental é inteligente, porque ele quer beijar mulher bonita”. Quer dizer, se é num outro local ele podia até matar o menino [...], a polícia que segurou, mas se eu estou junto ele tinha que bater em mim também ou fazer qualquer coisa; é um negócio complicado. (*Antúlio* pai de *Tulipa*).

[...] É uma controversa, na mesma hora que a família quer que proteja, que não tenha discriminação, que a sociedade, a comunidade aceite o diferente, aí vem o outro lado da violência da PSM contra a sociedade, é uma faca de dois gumes. [...] a gente não quer que as pessoas olhem diferente, oferecem outras coisas como bebidas, provocam com palavras pejorativas, agridem eles, sabem que eles não gostam, mas falam só pra rirem ao vê eles chateados; é o que mais me aborrece e eles ficam agressivos naquele momento. [...] as PSM também se sentem muito diminuídas por essa sociedade, algumas pessoas olham meio atravessado, com preconceito, a exclusão ainda existe e isso, infelizmente, ainda precisa melhorar, falta muita conscientização para aceitar e ajudar o outro [...]. (*Jasmim* irmã de *Girassol*)

Proteger a pessoa de sofrimento mental, eu protejo muito, agora que é discriminado é, qualquer coisa que vai fazer “é maluco!”, “é doido!”; tudo isso eu escuto, porque

ele teve o tempo dele de agressivo, [...] mas depois que ele começou a fazer o tratamento aí foi melhorando, [...] ele batia em um, furava outro, só vivia chegando reclamação dele dentro de casa e eu sozinha dentro de casa [...]. Os braços andavam tudo cortado, ele se cortava todo, tem várias cicatrizes [...]. Eu sei que ele tinha uma corrente, que vinha era gente reclamando das correntadas que ele dava. [...] aí seria o caso de proteger a sociedade dele, pois fui tentando, hoje ele está muito melhor, [...]. Agora o povo gosta mesmo de provocar, arranjar apelido, aí eu falei assim com ele: o negócio é o seguinte, [...] quando te colocarem um apelido, tu não liga não! Que eles vão ficando sem graça e não vão te chamar mais não! Vocês precisavam ver o tanto de apelido que ele tinha, o negócio dele todo era isso, pois o povo colocava apelidos, chamava ele daqueles nomes, aí era a hora que ele ficava nervoso e agredia as pessoas, ficavam com brincadeira de mal gosto, aquelas brincadeiras horríveis, o pessoal da rua fazia isso e aí ele reagia com agressividade também. (*Gardênia* irmã de *Lírio*).

Nestas falas, percebemos o dilema que as famílias vivem em relação à violência no contexto da convivência com a PSM. Trata-se da coexistência ativa das duas naturezas que constituem a percepção humana, as quais se entrelaçam em um movimento contínuo. Estas naturezas, retomando a fenomenologia de Merleau-Ponty (2006), inscrevem-se no mundo da vida (impessoalidade) e mundo da cultura (pessoalidade).

Não obstante muitos avanços tenham sido alcançados, no sentido da reinserção e reabilitação psicossocial da PSM, ainda vigoram no imaginário cultural, estigmas edificados historicamente, “construindo-se a concepção do ‘louco’ enquanto ser perigoso, nefasto, incapaz, um ‘não-ser’, legitimando-se a condição de ‘não-cidadão’, ‘não sujeito’” (GODOY; BOSI, 2007, p. 294). Desta maneira, os familiares, orientados pelo pólo da pessoalidade, mundo da cultura, entendem necessitar proteger a sociedade da PSM, pois esta, algumas vezes, responde de maneira agressiva à exclusão social a que se encontra submetida.

A associação entre a violência e a saúde mental pela população em geral e pela mídia, habitualmente, evoca a falsa ideia de atos agressivos e hostis perpetrados por uma PSM; apesar de haver exemplos de atos violentos injustificadamente exibidos pelos meios de comunicação, como tendo sido praticados na realidade por alguém em sofrimento mental, estes casos configuram ser mais uma exceção do que uma regra (BERTOLOTE, 2009). O autor acrescenta que equivocadamente ao que se pensa, bem

mais crimes são cometidos por pessoas ditas “normais”, sem nenhum diagnóstico de transtorno mental.

Na verdade, as PSM têm mais probabilidade de tornarem-se vítimas de diferentes tipos de violência do que as pessoas sem nenhuma forma reconhecível de doença mental (LARGE et. al., 2008). Os familiares do estudo confirmaram tal assertiva por entenderem que os membros de suas famílias em sofrimento mental são, muitas vezes, vítimas de contestações e injúrias da sociedade, pois os estigmas ancorados no imaginário social sobre a “loucura” e do “louco” manifestam-se sob as diversas tipologias de violência à PSM pela sociedade.

Nos depoimentos das famílias notamos que os familiares entendem que a violência à qual a PSM é submetida não corresponde apenas à agressão física, mas perpassa questões psicológicas e sociais, em que se evidencia por ofensas verbais, exclusão, isolamento social e preconceito. Assim, a impessoalidade se faz presente e os familiares orientados pela natureza impessoal, sentem a necessidade de defender seus membros com sofrimento mental da violência social, conforme ilustram as falas seguintes:

Eu já briguei com muitos por causa de **Romã**, já perdi a conta. [...] Agora se falar alguma coisa com ele na rua eu saio do sério, eu quebro o pau, eu digo onde ele achou também tem! [...] tu me vê arrumadinha, assim quietinha, mas para poder defender uma cria minha, eu viro uma onça, daquelas onças bem bravas [...]. (**Orquídea** mãe de **Romã**).

Então é espírito de mãe, porque no caso de irmã eu ajo ou defendo de forma diferente. Lá na rua aconteciam umas coisas semelhantes a isso, tipo agressão verbal, chacota, aí eu agia assim: trazia ele (irmão em sofrimento mental) para dentro de casa, tentava controlar cá, aí eu ia e saía atrás daquela pessoa que ofendia e tentava conversar com ela. Foi melhorando, foi melhorando, o grupo foi dispersando e me ajudou, me ajudou porque eles pararam de falar as coisas, mas ainda existe a discriminação [...]. (**Jasmim** irmã de **Girassol**).

Notamos nessas falas que os familiares manifestam de formas diferentes a defesa de seus membros da violência social; todos, à sua maneira, sentem-se no dever de efetivar a proteção. Deste modo, alguns familiares agem de maneira mais enérgica,

enquanto outros preferem arriscar o diálogo, na tentativa de mostrar à sociedade que aquela pessoa merece respeito e deve ser tratada com dignidade como qualquer outro ser humano. Demonstraram ainda, que a violência psicológica e discriminatória, que envolve submissão a situações de constrangimento, deixa as PSM ansiosas e agitadas, podendo, inclusive, resultar em manifestação de crise psicótica e em resposta à sociedade de maneira parecida com a qual são tratadas, ou seja, com violência.

O comportamento violento da PSM em relação à sociedade é visto, na maioria das vezes, quando a pessoa encontra-se em crise e acontece, quase sempre, por alguma razão, isto é, há um motivo para essa alteração de comportamento. Neste momento, os familiares têm dificuldades em lidar com a situação, no entanto, precisam cuidar para evitar agravos à PSM, bem como, atentar para que outras pessoas, com as quais ela possa envolver-se, não sofram algum ato violento cometido pela pessoa em estado de crise. Logo, em muitos destes casos, as famílias precisam de ajuda profissional e compreensão da sociedade, conforme veremos nas falas que se seguem:

[...] quando ele está em crise não deixo sair [...] ele pode agredir as pessoas, ele não agride com tapas, mas pode agredir com palavras, aí vai que alguém na rua não entende e queira bater nele, eu não vou gostar, porque é meu filho, tem um problema mental, mas é meu filho e eu o amo como os outros [...]. (*Crisântemo* mãe de *Cravo*).

Eu tenho muito medo dele fazer mal a alguma pessoa ou a pessoa fazer pra ele, porque ele é muito agressivo, quando ele está atacado [...] fica muito violento, esses dias quebrou uma porta de um lugar aí, já quebrou essa porta duas vezes, a porta de um bar, quebrou telefone, ele é agressivo, então eu me preocupo, eu tenho medo de alguém matar ele, ou ele matar alguém. [...] sempre a gente encontra ou ouve coisa que fere mesmo a gente, fere muito a forma como algumas pessoas tratam ele na rua, e a gente tem que suportar aquilo com dignidade, com o coração partindo e saber também conversar, essa luta é muito forte e isso dói muito, muito duro para a mãe, o pai, para toda a família. [...] É aí que precisamos de ajuda para conseguir resolver e controlar isso aí [...]. (*Margarida* mãe de *Alecrim*).

[...] No mesmo instante que tem aquele que está controlado, tem aquele que está agressivo que amedronta a sociedade, mas também tem o lado da família que quer essa proteção, não quer que exista essa discriminação, não quer que haja violência ao seu familiar portador de transtorno mental, mas nem quer também que ele agrida a sociedade, a comunidade. [...] Então precisa ainda de mais conscientização da sociedade, no sentido assim de conhecer, de saber respeitar essas coisas, [...] ajudar

as pessoas a viver com dignidade, principalmente a PSM, [...] os profissionais de saúde precisam mais trabalhar essa conscientização [...]. (*Jasmim* irmã de *Girassol*).

Nessas falas, estão explícitas as ambiguidades vivenciadas pelas famílias de PSM em relação à violência. Esta aparece, mais uma vez, como uma realidade proveniente tanto da violência social para com as PSM, quanto desta para com a sociedade. Assim, as famílias ao liderem com esses dois pólos da ambiguidade vivenciam a experiência do outro, numa perceptiva de cuidado que se evidencia pelo sentimento de proteção, vivência intercorporal cujo processo impõe, a cada momento, um novo olhar em relação ao contexto vivenciado, o que abre possibilidade à ressignificação dos sujeitos envolvidos.

Os próprios familiares corroboram a importância de ajuda profissional para o enfrentamento das questões e repercussões que envolvem a violência relacionada ao sofrimento mental. Esses profissionais de saúde, em especial os enfermeiros que atuam diretamente nos diversos contextos onde a família deve constituir foco do cuidado, na perspectiva de inserção de práticas de saúde mental no território, têm a relevante missão em contribuir para a redução do impacto da violência sofrida pela PSM e toda sua família.

Os enfermeiros devem atuar não apenas em momentos de crise psicótica de maneira a colaborar com a família para a resolução do problema imediato, mas também de modo preventivo, que envolve o planejamento e implementação de estratégias de educação em saúde voltadas tanto à população em geral para o rompimento com estigma social que rotula a PSM como violenta, quanto às famílias, buscando identificar fatores agressores à PSM, que podem levá-las ao desencadeamento de comportamentos agressivos, evitando, assim, sua ocorrência.

Vale ressaltar que a ambiguidade inerente à percepção humana não constitui um aspecto negativo à vida, mas, ao contrário, abre a possibilidade à transcendência - experiência do outro eu mesmo. Esta discussão ambígua fez os familiares refletirem também que eles próprios têm muito a contribuir para a superação do estigma social em relação à PSM e à inclusão desta na sociedade, especialmente por meio da

valorização e respeito a seus membros em sofrimento mental, de maneira que haja mudança no cenário de violências. Vejamos o depoimento seguinte:

[...] Isso me fez lembrar uma coisa, quando eu servir o exército meu instrutor falava em marchas dentro do mato [...]: “Soldados! Procurem me ouvir, não procurem me ver, morram no campo da luta, mas não se entreguem ao inimigo!”. Então na marcha, no meio do mato eu ouvi aquilo e aí falei: “Sargento! Soldado precisa viver e não morrer! Viver no campo da luta e não se entregar ao inimigo!”. E aí fiquei marcado, quando foi no final ele me fez elogio, porque realmente eu busquei uma solução; como ele podia falar “soldado morra no campo da luta”, pois se o soldado morrer não vai lutar, a gente tem que viver entendeu! A gente tem que viver e lutar para que nossos filhos ou as pessoas com transtorno mental sejam incluídos e não excluídos por essa sociedade. Entendeu gente! (todos concordaram). (*Antônio* pai de *Rosa e Tulipa*).

A analogia feita pelo familiar em que compara a vida a um “campo de batalha”, onde vivemos como “soldados” tentando vencer e superar as adversidades encontradas no processo de viver humano, significa adquirir forças para impulsionar a luta cotidiana em prol de melhores condições de vida à convivência das famílias com a PSM.

Neste sentido, as atitudes e ações da própria família contra o preconceito e estigma social, revelam-se como os maiores recursos para a inclusão social das PSM e desmistificação do imaginário cultural que as classificam como pessoas violentas ou agressivas. Tal experiência encontra-se no domínio do *eu posso* que a cada momento nos arrebatava e preenche nossos atos com sua fertilidade (SENA, 2006).

Portanto, a vivência perceptiva da violência nos contextos das famílias de PSM se mostrou como uma trajetória intercorporal, uma vivência de campo fenomenal que, a cada instante um perfil se desvela à convivência e se exprime como ambiguidade no universo das relações familiar-PSM.

CAPÍTULO VI



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: A ARTE DO INACABADO

“[...] o que nos marca é a ambiguidade e o inacabamento de tudo o que fazemos, o esforço infundo do processo de uma objetivação que só pode ser aproximativa. Na descoberta dessa verdade de nossa condição de sempre, [...] fomos ajudados pela ciência, mas, sobretudo pela arte e pela reflexão filosófica.”

(MORÃO; In: MERLEAU-PONTY, 2002b, p.15)

O estudo consistiu em descrever a convivência da família com a pessoa em sofrimento mental (PSM) sob o olhar da filosofia de Maurice Merleau-Ponty. Esse olhar parte da compreensão de que o conhecimento é construído na intersubjetividade e, portanto, fundamenta-se no exercício da percepção. Deste modo, a análise das descrições das famílias integrantes do estudo ocorreu como a contemplação de uma obra de arte, posto que a percepção sobrevém de maneira preciosa: conduz-nos a temporalidade, ensina-nos a compreender e não a explicar; não repete a realidade, revela o espetáculo do ser ambíguo entrelaçando sentimentos e razão.

Sob esta perspectiva, o estudo permitiu compreender a *intercorporeidade* inerente a relação da família com a PSM no contexto da convivência. Desta maneira, ao contemplar as vivências dos familiares, percebemos que as coisas são mais do que elas nos apresentam, não são em si mesmas; mostram-se sempre em perfil, mas trazem consigo um fundo, que não pode ser visto em separado, isolado das demais figuras.

Portanto, o exercício da percepção constitui uma vivência de campo, da qual se desvelam ambigüidades.

Assim, em meio as ambigüidades contidas nas descrições dos familiares, ocorreu-nos à percepção expressões ambíguas que respondem aos objetivos do estudo, as quais foram traduzidas em seis categorias, a saber: *o ser firme e o ser flexível: nuances do agir no convívio familiar com a pessoa em sofrimento mental; necessidade de permissão e necessidade de privação da liberdade do ir e vir; cuidar do outro e cuidar de si: desvelando a experiência do outro eu mesmo; ambigüidade na convivência com a pessoa em sofrimento mental: aceitação e rejeição; a fé na cura divina e a crença em um deus que permite a doença; proteger com a pessoa em sofrimento mental da violência e discriminação social e proteger a sociedade da com a pessoa em sofrimento mental.*

Com base nestas categorias, percebemos que os familiares ao circunscreverem o processo de convivência familiar desvelam as dificuldades e potencialidades encontradas nas vivências, bem como, as estratégias que utilizam para efetivação das relações de conivabilidade.

Sob essa ótica, cada família desenvolve seu estilo próprio de conviver e cuidar da PSM, que nem sempre, se configura como a melhor forma de relacionar e/ou cuidar, mas é a maneira encontrada por ela nos contextos de suas realidades. Os relatos mostraram que conviver com a PSM não é tarefa fácil, por isso, necessitam criar diversas formas de agir/cuidar, as quais exprimem as ambigüidades – agir com firmeza e, ao mesmo tempo ser flexível; a primeira não significa ser autoritário ou rígido e a segunda não denota a permissividade, mas requer um “equilíbrio” nas relações.

A dinâmica da convivência familiar mostrou a abertura de possibilidades ao outro, evidenciando o entrelaçar de vivências, em que o familiar não apenas cuida da PSM, membro de sua família, mas também se sente cuidado por esta pessoa; este ato promove a ressignificação dos sujeitos e, mais uma vez, a vivência do *eu posso*, que, no olhar merleau-pontyano, traduz-se na vivência do corpo próprio, o que significa dizer que conviver com a PSM constitui uma oportunidade de dupla transformação em um “outro eu mesmo”.

Todavia, a relação com o outro também traz dificuldades, estas foram evidenciadas, principalmente, naquelas famílias que delegam a responsabilidade de cuidar da PSM apenas a um membro, ou este tomou tal responsabilidade exclusivamente para si. Logo, pode-se notar a sobrecarga física, psicológica e mental, sentida pelo familiar que cuida, não apenas pelas atividades relacionadas ao cuidado em si, mas em função das diversas atribuições e responsabilidades assumidas pelo familiar, as quais, certamente, dificultam as relações dos familiares com a PSM, pois a sobrecarga faz evidenciar conflitos e situações estressantes da relação.

Outra dificuldade encontrada no processo de conviver dos familiares com a PSM e, conseqüentemente, de toda a família, trata-se da estigmatização social, pois no imaginário cultural a PSM ainda é vista como um ser violento e agressivo, o que reflete nos direitos dessa pessoa como cidadã e, neste contexto, as famílias vivenciam dilemas entre limitar e permitir o direito de ir e vir de seus membros em sofrimento mental; sentindo, em alguns momentos, a necessidade de proteger a PSM da sociedade. Tais vivências, apesar de contraditórias às novas formas de cuidado, não deixam de ser uma atitude de zelo por parte das famílias.

A espiritualidade também se mostrou presente nas relações de convivência familiar com a PSM, como estratégia que contribui para a superação de situações adversas na conviabilidade. É ainda um mecanismo de consolo para angustias, dificuldades e sofrimentos, possibilitando sustentação familiar para que seus membros tenham forças para prosseguir cuidando da PSM. A vivência fez ver que a crença religiosa constitui-se em uma das estratégias mais próximas dos familiares para o manejo dos conflitos que surgem na convivência com a PSM.

O estabelecimento de vínculo evidenciado por sentimentos de amor, carinho e afeto, pode ser considerado, também, como mecanismo que a família encontra para superação das dificuldades na convivência com a PSM. Os sentimentos existem em toda relação familiar e abre possibilidade à reconstrução de trajetória o menos estigmatizante possível, pois os membros são afetados, positivamente, por estes sentimentos que contagiam a todos, pois a relação eu-outrem implica em *reversibilidade*, na transmutação de sentimentos.

A partir dessas considerações, entendemos que o conhecimento das relações de convivência da família com o membro em sofrimento mental tem um contributo valioso para o enfermeiro como ser humano e profissional, cuja característica essencial é o cuidado, e este será mais efetivo se praticado sob a ótica da intersubjetividade, a exemplo do grupo de famílias de usuários do Ambulatório de Saúde Mental do Hgpv, que constitui espaço para o diálogo e tomada de decisões coletivas entre trabalhadores, usuários e seus familiares em relação ao planejamento e implementação do cuidado.

Além disso, acreditamos que, olhando o cuidado sob essa ótica, o enfermeiro passará a re(estabelecer) sua prática a partir das vivências, uma vez que toda construção do conhecimento ocorre na relação com o outro. De tal modo, haverá um compartilhar de saberes com essas famílias, oferecendo-lhes orientações, escuta ativa e uma comunicação terapêutica, de maneira a pensar, junto com elas, formas e atitudes para diminuir as dificuldades enfrentadas no cotidiano. Por meio desse olhar, o enfermeiro terá uma maior facilidade para compreender a família, apoiá-la e ajudá-la a minimizar seu estresse.

Notamos significativa relevância do estudo para os familiares que participaram da construção do mesmo. Na realização dos grupos focais para coleta de dados, foi possível notar a importância do encontro para os familiares. O Grupo Focal constituiu espaço para a ajuda mútua, pois tiveram a oportunidade de expor as angústias, ansiedades, medos, dúvidas e pedirem conselhos, o que favoreceu a sentirem-se aliviados por perceberem que não são as únicas pessoas a viver a situação de convivência com a PSM, que esta questão não é privativa, mas faz parte de uma generalidade. Portanto, aqueles encontros, segundo os próprios familiares, foram considerados momentos valiosos para o compartilhamento de experiências e ressignificação dos mesmos e das PSM, membros de suas famílias.

Portanto, é inegável a importância de promover nos espaços dos serviços de saúde, especializados no cuidado de PSM ou não, grupos de ajuda mútua para os membros das diversas famílias que frequentam ou encontram-se próximas a tais serviços, diante da real necessidade que eles têm de expor os problemas do dia a dia e dialogar com pessoas que enfrentam situações similares. Assim, poderão compartilhar

saberes, estilos de cuidar de membros em sofrimento mental, bem como, possíveis estratégias de enfrentamento das dificuldades vivenciadas na convivência. Percebemos que, para a maior efetividade dos encontros, é indispensável uma equipe interdisciplinar que atue sob a perspectiva da intersubjetividade, de modo a envolver a todos nas ações de cuidado.

Na área de Saúde e Enfermagem percebemos que a fenomenologia constitui um campo fértil à pesquisa, em especial, quando se trata de questões relacionadas aos vividos. Portanto, penso que a experiência descrita no estudo servirá de fonte para outros estudos com perspectiva semelhante.

A realização do estudo permitiu-me a compreensão da dinâmica que envolve a experiência perceptiva, considerando que acontece como fenômeno e, por isso, mostra-se sempre em perfil, trazendo consigo diversos perfis. Essa dinâmica da percepção corrobora que a construção do conhecimento ocorre como experiência inacabável, e que os fenômenos jamais se desvelam em si por completo, não sendo possível alcançar todas as suas perspectivas. Logo, caso continuasse a me enveredar pela análise das descrições vivenciais dos familiares, sob a ótica da fenomenologia, seguramente surgiriam outras ambiguidades, conduzindo-me a outras meditações.

REFERÊNCIAS



7 REFERÊNCIAS

O aumento do conhecimento é como uma esfera dilatando-se no espaço: quanto maior a nossa compreensão, maior o nosso contato com o desconhecido.

(Blaise Pascal)

ALBURQUEQUE et al. **O doente mental e sua família**: um olhar sobre a dinâmica familiar. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2007.

ALTHOFF, C. R. **Convivendo em família**: contribuição para a construção de uma teoria sobre o ambiente familiar. 2001, 174p. Tese [Doutorado em filosofia de enfermagem]- Programa de pós graduação em enfermagem. Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2001.

_____. **Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família**. In: ELSÉN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M.R. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2002, p. 11-24.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: 2 ed; Editora Fiocruz, 1998.

_____. (org). **Novos sujeitos, novos direitos**: o desafio em torno da reforma psiquiátrica. Cad. Saúde Pública. [on line]. Jul./Set. vol. 11. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2009.

_____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 24-25

_____. **Saúde mental políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro. FIOTEC/FIOCRUZ. 2003, 73p.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, E.V. de; BEZERRA JÚNIOR, B. Uma reflexão acerca da prevenção da violência a partir de um estudo sobre a agressividade humana. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Abril 2009.

AZAMBUJA, M.P.R. de; NOGUEIRA, C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, Setembro 2008. p. 101-112.

BARROS, S. et. al. **Práticas inovadoras para o cuidado em saúde**. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2007, vol.41, n.spe, pp. 815-819. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea12.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2009.

BASAGLIA, P. F. **A instituição negada**. Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BERTOLETE, J.M. **Violência e saúde mental: como podemos fazer parte da solução?**. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2009, vol.31, suppl.2, pp. S39-S40. ISSN 1516-4446. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a01.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2010.

BÍBLIA SAGRADA. Português. **Bíblia de estudo pentecostal**. Tradução por: João Ferreira de Almeida. Revista e Corrigida (1995). São Paulo: Edit. CPAD. 2008

BIRMAN, J. et al. **Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária**. In: AMARANTE, Paulo (org.), **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes; 1999.

_____. **Ética e eco-espiritualidade**. Campinas, SP: Verus Editora, 2003.

BORBA, L. de O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L.P. **A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental**. Acta paul. enferm. [online]. 2008, vol.21, n.4, p. 588-594. ISSN 0103-2100. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CARTILHA DE ORIENTAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: um caminho para a inclusão social**. Brasília: Ministério, 2009a.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988**. São Paulo: 24. ed. Saraiva, 2000.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 29ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, 1992**: relatório final. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Da III à IV Conferência Nacional de Saúde Mental**: um balanço da gestão federal da política. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 27 (VERSÃO PRELIMINAR). Brasília: Ministério, 2009b. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial: Temário Oficial (versão preliminar)**. Brasília, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002.

BRENTANO, F. **Psicología desde el punto de vista empírico**. [S.I.: s.n.],1944.

CAPALBO; C. **A fenomenologia existencial e a experiência do outro**. In: POKLADEK, D. D. (Org.). **A fenomenologia do cuidar: práticas dos horizontes vividos nas áreas de saúde, educacional e organizacional**. São Paulo: Vetor, 2004.

CARVALHO, M.V.B. **A morte – a arte de cuidar na despedida**. 1º Simpósio do Instituto PsicoEthos: A fenomenologia do cuidar. Santo André (SP): 2003 (Síntese da apresentação). In: POKLADEK, D. D. (org.). **A fenomenologia do cuidar: práticas dos horizontes vividos nas áreas de saúde, educacional e organizacional**. São Paulo: Vetor, 2004.

CARVALHO, R. M. **A influência da religião no processo de ressocialização de presos**. Curso de Especialização em Sociedade e Gestão de Segurança Pública, Universidade Federal do Para. 2008.

CASTRO, D.S.P. de. **Direito à vida x direito atropelado na base**: a cidadania das crianças e adolescentes em questão. 1º Simpósio do Instituto PsicoEthos: A fenomenologia do cuidar. Santo André (SP): 2003 (Síntese da apresentação). In: POKLADEK, D D (org.). **A fenomenologia do cuidar: práticas dos horizontes vividos nas áreas de saúde, educacional e organizacional**. São Paulo: Vetor, 2004.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Rev. Elet. de Enf.**, v. 6, n. 2, pp. 254-271. 2004. Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig11_idoso.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2009.

CERQUEIRA, R. F. Religiosidade e os espaços de produção de sentido: um olhar sobre o território da saúde mental. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2007.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: 5. ed. Cortez, 2001.

COBRA, R. Q. **Fenomenologia**. Rev. Filotemas Internet. 2005. Disponível em:
<www.cobra.pages.nom.br>. Acesso em: 06 abr. 2009.

COIMBRA, et al. Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 01, p. 99 – 104, 2005. Disponível em
<<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen.>>. Acesso em: 04 mai. 2009.

COLVERO, L.A. et al. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 38(2): 197-205, 2004.

CORREA, A.K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 83-88, jan. 1997.

DALL'AGNOL, C.M.; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Rev. Gaúcha Enf.**, Porto Alegre, v.20, n.1, p. 5-25, 1999.

DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 34 (1), 25- 33. 2007.

_____. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 28 (3), 177-178. 2006.

DEBUS M. **Manual para excelência em la investigacion mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DELGADO, P.G. **No litoral do vasto mundo**: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica. In: VENANCIO; CAVALCANTI (Orgs.). Saúde mental: campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro, Edições Ipub-Cuca, 2001.

DELGADO, J.A . **Família vivenciando situações de saúde-doença**: um conhecimento em construção. In: ELSESEN, I; MARCON, SS; SILVA MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2a ed. Maringá; 2004. p. 285-394.

DESROSIER, M. B.; ZELLERS K. C. **Focus groups**: a program planning technique. *Journal of Nursing Administration in Social Work*. 1989.19(3):20–25.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicol. cienc. prof.** [online]. 2004, vol.24, n.4, pp. 112-117. ISSN 1414-9893. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n4/v24n4a13.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2010.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1977-1980.

ELIA; L. **Responsabilidade do sujeito e responsabilidade do cuidado no campo da saúde mental** [texto na Internet]. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2004. [citado 2004 out. 12]. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/responsabilidade_do_sujeito.pdf> Acesso em: 08 jul. 2010.

ELSESEN, I. **Cuidado familiar**: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSESEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M.R. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2002, p. 11-24.

FALLON I.; MAGLIANO L.; MOROSINI P. **Intervento psicoeducativo integrado**. In: PSICHIATRIA. Milano: Erickson, 1997, 235p.

FARRAN, C. J. et al. Finding Meaning: An Alternative Paradigm fo Alzheimer’s Disease Family Caregivers. **The Gerontological Society of American. The Gerontologist**, v.31, n. 4, p. 483-489, 1991. Disponível em:< <http://www.geron.org/>>. Acesso em: 02 mai. 2009.

FERRAZ; M.S.A. **Fenomenologia e ontologia em Merleau-Ponty**. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH): USP. Tese [Doutorado]. 271 p.; 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8133/tde-08072008-145806/>>. Acesso em: 18 agost. 2009.

FONSÊCA, A.L.B; MARIANO, M.S.S. **Desvendando o mecanismo da projeção**. *Psicologia & foco*, v. 1, n. 1, jul./dez. Faculdade Pio Décimo; Aracaju: 2008.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. São Paulo: Perspectiva, 1975.

_____. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GODOY, M.G.C.; BOSI, M.L.M. A alteridade no discurso da Reforma Psiquiátrica brasileira face à ética radical de Lévinas. *Physis [online]: Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, vol.17, n.2, pp. 289-299. ISSN 0103-7331. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a05.pdf>> Acesso em: 18 agost. 2009.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):297-305, 2009a.

_____. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1): 165-171, 2009b.

_____. **Reabilitação psicossocial**: dimensões teórico-práticas do processo. Erechim, Ed: FAPES, 2001.

HUSSERL, E. **La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale**. Trad.: Gerard Granel. Paris: Gallimard, 1976.

_____. **Meditações cartesianas**: introdução à fenomenologia. Tradução: Maria Gorete Lopes e Souza. Porto, Portugal: RÉS, 1983.

HOLANDA, A. **Psicologia, religiosidade e fenomenologia**. São Paulo: Ed. Átomo, 2004.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 35, n.2, p.115-21, jun, 2001.

KRUG, E.G. et. al (Editors). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2005.

LANCETTI, A. **Loucura metódica**. Em Saúde Loucura 2. São Paulo: Hucitec, 1990.

LARGE, M. et al. Homicide due to mental disorder in England and Wales over 50 years. *Br J Psychiatry*. 2008;193(2):130-3.

LEAL, E. **Legislação em saúde mental 1990-2000**. Brasília. Série Legislação em Saúde n. 4, 2000.

LORENZ, K. *On Aggression*. San Diego: Harcourt Brace; 1966.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. The brazilian psychiatric reform: historical and technical-supportive aspects of experiences carried out in the cities of São Paulo,

Santos and Campinas. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.281-98, jul/dez 2006.

MACHADO, K. **Como anda a reforma psiquiátrica?** In: RADIS (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde) n.38. Out./2005: p. 11-19.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Integralidade e construção de novas profissões no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 17, n. 3, p. 115-122, 2006. Disponível em: < http://www.fnepas.org.br/pdf/integralidade_elisabete.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2009.

MARI, J.J; MELLO M.F. de, FIGUEIRA I. The impact of urban violence on mental health. **Rev Bras de Psiquiatr.** ;30(3):183-4. 2008.

MATOS DIAS, I. **Elogio do sensível**. Lisboa, Litoral Edições, 1989, p. 79.

MELMAN J. **Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental**. Dissertação [Mestrado] - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (SP), 1998.

_____. **Família e doença mental – repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras; 2001.

MERLEAU-PONTY, M. **A prosa do mundo**. Tradução: Paulo Alves. São Paulo: Cosac & Naify, 2002a.

_____. **Fenomenologia da percepção**. Tradução: Carlos Alberto Moura. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **O visível e o invisível**. Tradução: José Artur Gianotti e Armando Moura d'Oliveira. 4ª ed; São Paulo: Perspectiva, 2000a.

_____. **Palestras**. Tradução Artur Morão. Lisboa – Portugal: Edições 70; 2002b.

_____. **Parcours II**. Lagrasse: Verdier; 2000b.

MINAYO, M.C. de S. **Desafio do Conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

_____. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

_____. **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MORASKI, T. R.; HILDEBRANDT, L. M. **As percepções de doença mental na**

ótica de familiares de pessoas psicóticas. Revista eletrônica de enfermagem, v.07, n.02, p.195. 2005. Acesso em: 22 out. 2010.

MOREIRA, V. **O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 2004, 17(3), p.447-456.

MORENO, V.; ALENCASTRE, M. B. **A família do portador de sofrimento psíquico e os serviços de saúde mental:** estudo de caso. Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá, v. 26, n. 1, p. 175-181, 2004.

_____.A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Rev. Esc. Enferm. USP.** 37(2): 43-50, 2003. Disponível em:
< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/06.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2008.

MORGADO, A; LIMA, A. **Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional.** J. Bras. Psiquiatr. 43(1): 19-28, 1994.

MOURA, C.A.B. **Racionalidade e crise:** estudos de história da filosofia moderna e contemporânea. Curitiba: Editora UFPR, 2001.

MÜLLER, M. J. **Merleau-Ponty acerca da expressão.** Porto Alegre: Edipucrs, 2001.

MÜLLER-GRANZOTTO, M.J. **Curso:** o que é fenomenologia. Florianópolis, SC: Instituto Gestalt, 2004. (Digitado).

MÜLLER-GRANZOTTO, M.J.; GRANZOTTO, R.L. **Curso:** fenomenologia e conhecimento. Florianópolis, SC: Instituto Gestalt, 2003. Digitado.

NAVARINI, V; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto contexto - enferm.**, vol.17, n.4, pp. 680-688. ISSN 0104-0707. 2008.

NETO, O. C. et al. **Grupos focais e pesquisa social qualitativa:** o debate orientado com técnica de investigação. In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2002. Disponível em:
<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Neto_texto.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2009.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. de. **Estigma e violências no trato com a loucura:** narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. Rev. Saúde Pública. vol.43, suppl.1, pp. 101-108. ISSN 0034-8910. 2009.

NUNES, M. O. et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)**, v. 24, p. 188-196, 2008.

NORONHA, M.G.R. da C. e S. et al. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família?. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.14, n.2, pp. 497-506. ISSN 1413-8123. 2009.

NORRIS, F. H. et al. Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. **Am. J Community Psychol** 41, 127-150, 2008.

ONU. Assembléia Geral das Nações Unidas. **DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS**. Resolução n.º 217 A (III).10 de Dezembro de 1948.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra; 2001.

PEREIRA, M.A.O.; PEREIRA JUNIOR, A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pelas famílias. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003.

PEREIRA, M.A.O.; BELLIZZOTI, R.B. A consideração dos encargos familiares na busca da reabilitação psicossocial. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 25, n. 3, p. 306-313, dez. 2004.

PESSOTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In: PITTA, A. M. Fernandes. (Org.) **Reabilitação psicossocial**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p.19-26.

PONTES, A.C. et. al. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev Bras Enferm**, maio-jun; 61(3): 312-8. Brasília: 2008.

ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. de. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 5; 2002, p. 709-714. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000500013&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 abr. 2009.

ROMAGNOLI, R. C. Trabalhando com famílias na rede de saúde mental: dificuldades e desafios. **Pulsional Revista de Psicanálise**, São Paulo, ano XVII , n. 180, p. 71-80, 2004.

ROSA, L. C. dos S. O cotidiano, as tensões e as repercussões do provimento de cuidado doméstico ao portador de transtorno mental. **Revista Saúde em Debate**, 28(66): 28-37; 2004.

_____. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte);11(18):205-218, dez. 2005.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo, Hucitec, 2001.

SADIGURSKY D. **Desinstitucionalização do doente mental**: expectativas da família. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto (SP), 1997.

SANCHEZ, Z.V. der M.; OLIVEIRA, L.G. de; NAPPO, S.A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.9, n.1, pp. 43-55. 2004

SARACENO B. **Libertando identidades da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: Te Corá, 1999.

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 42(1):127-34. 2008.

SENA, E.L. da S. **A experiência do outro nas relações de cuidado**: uma visão Merleau-pontyana sobre as vivências de familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer. 2006. 284 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SENA, E.L. da S; GONÇALVES, L.H.T. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer - perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Abr./Jun.; 17(2): 232-40.

_____. **Intercorporeidade na experiência do cuidado**: familiar que cuida e portador de doença de Alzheimer. In: SILVA; AL e GONÇALVES; LHT (org.). **Cuidado à pessoa idosa: estudos no contexto luso-brasileiro**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

SILVA LM, BRASIL VV, BARBOSA AL. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Rev Latino-am enfermagem**; 8(4): 52-58; 2000.

SILVA, L.W.S. da; FIGUEIREDO, M.H.J.S. Cuidar a família - um compartilhar experiências luso-brasileiras. In: **9ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem - Investigar para melhor cuidar**, 2006, Lisboa. 9ª Conferência Internacional de Investigação em enfermagem - Investigar para melhor cuidar. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2006.

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

< <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2780/1815>> Acesso em: 4 mai./2010.

SILVA, L. W. S. da; GONÇALVES, L. H. T; COSTA, M. A. da S. M. C. da; Abordagem sistêmica de enfermagem à família – considerações reflexivas. **SERVIR**, Lisboa, vol. N. 54, n. 5, p.214-223, set./out. 2006.

SILVA, M.R.S. da et al. Resiliência e promoção da saúde. **Rev.Texto contexto - enferm.** Florianópolis, 2005, vol.14, n.spe, pp. 95-102.

SILVA, M.R.S. da et al. Processos que sustentam a resiliência familiar: um estudo de caso. **Rev.Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, 2009. Jan-Mar; 18(1): 92-9..

SILVA, L.; MORENO, V. A Religião e a experiência do sofrimento psíquico: escutando a família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 3 (2), 161 - 168, 2004.

SILVA, M. S.; ZANELLO, W. M. Religiosidade e loucura: a influência da religião na forma como o “doente mental” enfrenta a doença. **Psicologia Iesb**, vol. 2, nº. 1, 37-47; 2010. Disponível em: < www.iesb.br/psicologiaiesb>. Acesso em: 15 out. 2010.

SILVA, V. A.; LIPPI, P. C. M.; PINTO, C. J. M. Doença mental: dificuldades enfrentadas pela família e o familiar-cuidador. **INTELECTUS. Revista Digital do grupo POLIS Educacional** – ISSN 1679-8902. Ano 04 [nº 05] jul./dez. 2008.

Disponível em:

<http://www.seufuturonapratica.com.br/intellectus/PDF/02_ART_Enfermagem.pdf> Acesso em: 18 dez. 2008.

SOUZA, M.D. et al. A convivência em família com o portador de transtorno psíquico. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009; 11(1):124-32. Disponível em:

<<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a16.htm>>. Acesso em: 4 mai. 2010.

SOUZA, R.C.; SCATENA, M.C.M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2005; 13(2):173-9. Disponível em:

< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> . Acesso em: 18 dez. 2008.

TAYLOR, C.M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica**. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TAVARES, C. M. M. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm**; Florianópolis, 2005. 14(3):403-10.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9(1): 25-59, jan./abr. 2002.

TERRA, M.G. et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto contexto – enferm**. Florianópolis. 2006, vol.15, n.4, pp. 672-678.

VASCONCELOS, E. M. **Contribuição à avaliação da estratégia de integração do panorama de saúde mental no SUS no Brasil recente**. In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 41(6): 283-286. Rio de Janeiro, 1992.

WAIMAN, M.A.P; ELSEN I. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia a realidade. **Rev.Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 5, Supl., p. 107-112. 2006.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

WEISZFLOG, W. **Michaelis moderno dicionário da língua portuguesa**. Editora: Melhoramentos, 2007.

WERNET, M.; ÂNGELO, M. Mobilizando-se para a família: dando um sentido à família e ao cuidar. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 37 (1): 19-25, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n1/03.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2008.

WILKINSON, S. **How useful are focus groups in feminist research?** In: Barbour, R.S & Kitzinger, J. (Eds.), **Developing focus group research**. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage, 1999. p. 64-78.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global consultation on violence and health. *Violence: a public health priority*. Geneva: World Health Organization; 1996. (document WHO/EHA/SPI.POA.2).

APÊNDICE

APENDICE A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996, sendo o Conselho Nacional de Saúde.

O presente termo em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada “*A convivência familiar no cuidado à pessoa em sofrimento mental*”, sob responsabilidade dos pesquisadores **Edite Lago da Silva Sena e Helca Francioli Teixeira Reis**, do curso de **Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde**, nível de **mestrado** Departamento de Saúde, os seguintes aspectos:

Objetivos: Geral - Descrever a convivência diária de familiares cuidadores com a pessoa em sofrimento mental usuária do Ambulatório de Saúde Mental do HGPV, em Jequié – BA.

Específicos - Desvelar a percepção do familiar cuidador sobre a convivência com a pessoa em sofrimento mental; Identificar as dificuldades e facilidades encontradas pelo familiar cuidador no convívio com pessoa em sofrimento mental; Averiguar as estratégias utilizadas pelo familiar cuidador no convívio com a pessoa em sofrimento mental.

Metodologia: Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na filosofia da experiência de Maurice Merleau-Ponty. Será desenvolvido na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – Uesb, na cidade de Jequié, com 10 familiares de pessoa sem sofrimento mental (PSM), integrantes do Grupo de Familiares e Usuários do Ambulatório de Saúde Mental do HGPV. Os dados serão coletados em duas etapas: na primeira, será realizada entrevista individual de profundidade e grupo focal. Todo o material decorrente da coleta de dados seguirá a análise dos dados e consequente categorização dos dados por meio da *análise da ambiguidade*, estratégia de análise construída a partir da inspiração na redução fenomenológica eidética, abordagem teórico-metodológica desenvolvida por Edmund Husserl e na ontologia da experiência de Merleau- Ponty.

Justificativa e Relevância: este estudo poderá contribuir para a ampliação e difusão do conhecimento sobre práticas de cuidado à pessoa em sofrimento mental, incluindo o surgimento de um novo olhar em relação à família como sujeito ativo desse processo e responsável pela construção de uma nova prática de cuidado rumo à reabilitação psicossocial.

Participação: Inicialmente os familiares de PSM que aceitarem participar da pesquisa, serão submetidos a uma entrevista individual de aprofundamento, através da utilização de um roteiro com itens referentes à caracterização dos participantes e alguns questões que permitam um diálogo aberto com os participantes que serão encorajados a refletir sobre a convivência familiar com a PSM, a fim de alcançar o objetivo do estudo. A partir de temas emergidos nas discussões das entrevistas serão iniciados os encontros do grupo focal. As reuniões serão negociadas com os participantes. Terão em torno de 2 horas de duração, dependendo também do acordo entre pesquisador e participantes e serão gravadas, transcritas, analisadas e validadas pelos participantes.

Desconfortos e riscos: este estudo não trará riscos a integridade física, mental ou moral do participante, uma vez que, os dados colhidos serão analisados com extremo sigilo garantindo,

assim, o total anonimato e a individualidade dos atores sociais, sendo respeitados também, seus valores culturais, morais, sociais, religiosos e éticos. Por fim os dados que obtivermos serão apenas utilizados para fins científicos.

Confidencialidade do estudo: a identificação dos participantes será mantida em sigilo, sendo que os resultados do presente estudo poderão ser divulgados em congressos e publicados em revistas científicas.

Dano advindo da pesquisa: Este estudo não trará dano algum ao participante. Porém, caso haja algum dano, a responsabilidade será dos pesquisadores.

Garantia de esclarecimento: garantir esclarecimentos adicionais aos sujeitos da pesquisa em qualquer momento da pesquisa.

Participação Voluntária: Minha participação é, portanto, voluntária e livre de qualquer forma de remuneração. O participante pode retirar seu consentimento em participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo e/ou penalidades para o mesmo.

Consentimento para participação: Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e ao não envolvimento de riscos. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “*A convivência familiar no cuidado à pessoa em sofrimento mental*” desenvolvido pela mestrandia Helca Franciulli Teixeira Reis, sob a responsabilidade da Professora Edite Lago da Silva Sena da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Nome da Participante _____

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

Jequié, Data: __/__/__

Assinatura do Pesquisador

Para maiores informações pode entrar em contato com a mestrandia em Enfermagem e Saúde Helca Franciulli Teixeira Reis, Fone: (73) 8827-5793. E-mail: helcaenf@hotmail.com.

Ou com a docente DSc. Edite Lago da Silva Sena, Fone: (73)8839-3743, email: editelago@gmail.com.

APENDICE B

INSTRUMENTO DA PESQUISA

PROJETO DE PESQUISA: “*A convivência de familiares cuidadores com uma pessoa em sofrimento mental*”

AUTOR: Helca Francioli Teixeira Reis

ORIENTADOR: Edite Lago da Silva Sena

ROTEIRO ENTREVISTA

Data: ____/____/____

Código da Entrevista: _____

Início: _____

Término: _____

1. Identificação do familiar

INICIAIS: _____

CODINOME _____

RELIGIÃO: _____

SEXO: _____ IDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO: _____

GRAU DE ESCOLARIDADE: _____

CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS: _____

TIPO DE PARENTESCO COM A
PSM: _____

TEMPO QUE CONVIVE COM A
PSM: _____

2. Identificação da PSM

INICIAIS: _____ CONDINOME: _____ IDADE: _____

INICIO DA DOENÇA: _____ SEXO: _____

3. Pontos norteadores

→ Fale um pouco sobre:

- A convivência na família com um membro em sofrimento mental.
- O significado de conviver com uma pessoa em sofrimento mental na família.
- As limitações/potencialidades que sente a família no convívio com uma pessoa em sofrimento mental.
- Os mecanismos ou estratégias utilizadas no dia a dia familiar com a pessoa em sofrimento mental.

ANEXO A

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 02 de outubro de 2009

Of. CEP/UESB 316/2009

Ilma. Sra.

Profa. Edite Lago da Silva Sena

Departamento de Saúde – UESB

Mestrado em Enfermagem e Saúde – PPGES / UESB

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

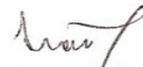
Protocolo nº: **138/2009**

Projeto: **A CONVIVÊNCIA FAMILIAR NO CUIDADO À PESSOA COM SOFRIMENTO MENTAL**

Pesquisadores: **Profa. Edite Lago da Silva Sena (orientadora)**
Helca Francioli Teixeira Reis (mestranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB


Profa. Ivone Gonçalves Nery
Vice-Presidente do Comitê de Ética/UESB

ANEXO B

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98



Ofício n.º 160/2009

20 de Outubro de 2009

Ilmº Sr. Gilmar Barros Vasconcelos
 Diretor Geral do Hospital Geral Prado Valadares no Município de Jequié

Prezado diretor

Apresentamos a V.Sª **Helca Franciulli Teixeira reis**, mestranda do Programa de Pós-Graduação *Strictu Senso* (Nível de Mestrado) em Enfermagem e Saúde da UESB (PPGES / UESB) para a realização da coleta de dados do projeto de dissertação de mestrado “*A Convivência Familiar no Cuidado à Pessoa com Sofrimento Mental*”, **protocolo 138/2009, aprovado pelo CEP/UESB**.
 Na oportunidade, salientamos que se encontram em anexo a esta carta de apresentação cópia do ofício CEP/UESB 316/2009 referente à aprovação do projeto 138/2009 e do parecer consubstanciado do referido projeto, emitidos pelo CEP/UESB.

Desde já agradecemos à colaboração!

Atenciosamente,

Profª. Drª. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Coordenadora

Recebido em
 04.11.09
 General.

ANEXO C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
REDE DE ENFERMAGEM DO NORDESTE
Rua Alexandre Baraúna, 1115 Rodolfo Teófilo Fortaleza -CE
CEP: 60430-160. Fone/Fax: (85) 3366 8453/ 3366 8464
E-mail: rene@ufc.br

Fortaleza, 04 de novembro de 2010.

Prezados(as) Autores(as),

Informamos que o artigo: **"A intersubjetividade do cuidar e o conhecimento na perspectiva fenomenológica"**, sob autoria de Edite Lago da Silva Sena, **Helca Franciulli Teixeira Reis**, Patrícia Anjos Lima de Carvalho e Viviane dos Santos Souza, código 116/10 RENE, encontra-se aprovado na *Rev. Rene* (Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – ISSN 1517-3852).

Atenciosamente,

Prof^a. Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso

Presidente do Conselho Editorial da Rev. Rene