

O SENTIMENTO DE COEXISTÊNCIA E OS CUIDADOS À PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL¹

Patricia Anjos Lima de Carvalho*
 Edite Lago da Silva Sena**
 Alba Benemérita Alves Vilela***
 Viviane dos Santos Souza****
 Juliana Costa Machado*****

RESUMO

O presente trabalho consiste em um estudo fenomenológico realizado com dez familiares de usuários do Centro de Atenção Psicossocial tipo II de Jequié-Bahia, Brasil, em 2010. Estudo realizado por meio de entrevista, com o objetivo de descrever as vivências de cuidado de familiares com a pessoa em sofrimento mental que se desvelam como sentimento de coexistência. As descrições vivenciais submetidas à analítica da ambiguidade resultaram nos eixos temáticos “A coexistência e a capacidade humana de experimentar a intersubjetividade” e “A cultura manicomial e o sentimento de coexistência no contexto familiar”. O estudo mostrou o entrelaçamento inerente à vivência do cuidado em questão e a generalidade compartilhada entre o cuidador e a pessoa cuidada no que concerne ao sofrimento, revelando a necessidade de cuidado à família com o fortalecimento do vínculo entre as famílias, os usuários e os profissionais de saúde, por meio da inclusão de ações que promovam a saúde mental de toda a família sob a lógica da construção de contextos de intersubjetividade.

Palavras-chave: Saúde Mental. Relações Familiares. Filosofia em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As concepções de cuidado presentes no discurso da reforma psiquiátrica orientam a criação de modelos assistenciais substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, incluindo as famílias e as comunidades na assistência às pessoas em sofrimento mental. Essa nova proposta de cuidado tem evitado uma das piores marcas da institucionalização, aquela que faz com que o destino social do interno seja o estigma da periculosidade ou da incapacidade, e tem impulsionado a transição do modelo psiquiátrico ao modelo da saúde mental que implica no reconhecimento da existência do sofrimento e no desenvolvimento de práticas voltadas para o acolhimento, com ênfase na convivência com a diferença e na continuidade da pessoa em seu meio sociofamiliar.

Assim, ao mesmo tempo em que o tratamento ofertado pelo modelo psiquiátrico foi concebido como descuido pelo modelo da saúde mental,

ocorreu um movimento de transformação, de desterritorialização dos profissionais de saúde, de familiares e de toda a sociedade, no sentido de produzir novas formas de cuidado. Estas deverão ser capazes de mobilizar recursos políticos, técnicos, científicos, financeiros e éticos, dentre outros, bem como de reconhecer a importância do diálogo, da criatividade e da sensibilidade para a construção coletiva do cuidar⁽¹⁾.

Nesta perspectiva, a família, que no modelo psiquiátrico habituou-se a deixar a pessoa em sofrimento mental sob a tutela de técnicos dos manicômios por longos anos, passou a ser responsabilizada pelo cuidado, inclusive por determinação legal, a partir da promulgação da lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001⁽²⁾. Essa mudança produziu grande impacto sobre a sensibilidade de familiares no que se refere à sua posição na intersubjetividade com o membro em sofrimento mental. Os sentimentos, na perspectiva merleau-pontyana⁽³⁾, sempre são

1 Artigo originado da dissertação de mestrado em Enfermagem e Saúde intitulada “Vivências de cuidado à família e intersubjetividade: percepção de familiares de usuários do CAPS II” Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), 2010.

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Saúde. Professora Auxiliar da Uesb, Campus de Jequié, Bahia, E-mail: patricia.anjos3@gmail.com

** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Uesb, Campus de Jequié, Bahia. E-mail: editelago@gmail.com

*** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Uesb, Campus de Jequié, Bahia, E-mail: alba_vilela@hotmail.com

**** Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Saúde. E-mail: vivi_verona@hotmail.com

***** Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Saúde. Professora Auxiliar da Uesb, Campus de Jequié, Bahia. E-mail: julicmachado@hotmail.com

compartilhados - portanto, coexistentes - em função do vínculo que existe entre os seres humanos, o mundo e as coisas.

O sentimento de coexistência nas relações de cuidado de familiares com a pessoa em sofrimento mental mostra-se em diferentes perfis, o que se revela, de forma ambígua, como resultado de um diálogo constante entre o mundo da vida (sentimentos) e o mundo da cultura (linguagem), os quais constituem polos da natureza humana⁽³⁾. Neste sentido, o sentimento de coexistência abre possibilidades de ressignificação, bem como de reconstrução de projetos de vida e de criação de novas estratégias de cuidado^(3,4).

No campo da saúde mental, a mudança da concepção sobre a loucura, que chegou a ser definida como transtorno ou desordem, ganhou a conotação de sofrimento e trouxe à reflexão a noção de sujeito que sofre, sua história de vida e sua existência de sofrimento^(5,6). A loucura, como sofrimento, implica na ressignificação das relações de cuidado e no sentimento de coexistência emergente. Sob essa ótica, o sofrimento de um passa a ser também do outro: o familiar cuida e, nesse cuidar, revela sofrimento e necessidade de cuidado, fenômeno que aponta o entrelaçamento dos sentimentos com sua coexistência. Por exemplo, quando a pessoa em sofrimento mental manifesta agressividade, a família vivencia sentimentos ambíguos: ao mesmo tempo em que sente ódio, revolta, desejo de retribuir a agressão, sente compaixão, amor, tristeza e dor.

Essa mudança conceptual, incluindo a noção de sofrimento, transcende a ideia de individuação do adoecer. Ela conduz à percepção de que o sofrimento de um membro atinge o campo familiar, dando ensejo à experiência do outro a partir da coexistência, que pode mobilizar tanto o afastamento quanto a aproximação dos familiares da pessoa em sofrimento mental.

Estudos demonstram que a flexibilidade e a abertura da família ante a necessidade de ajustamento à convivência com o sofrimento mental favorecem o crescimento e o enfrentamento da situação de maneira positiva, principalmente quando as estratégias de cuidado contribuem para o fortalecimento e para a

conquista da cidadania e da liberdade pelos sujeitos^(7,8).

Ao se constituir como base da existência humana, o cuidado excede a concepção de um momento de atenção, dedicação ou solicitude, pois envolve conhecimento, cumplicidade, valores, habilidades, atitudes e respeito, aspectos efetivados na relação entre sujeitos que se propõem a correr riscos, a potencializar encontros e a construir projetos de vida mais autônomos^(9,10).

Em nossas vivências como docentes do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), nas aulas práticas em serviços de saúde mental observamos a existência de familiares com poucos recursos para assumirem o papel de corresponsáveis pelo cuidado, conforme preconiza a reforma psiquiátrica, o que requer maior suporte técnico e compreensão por parte dos profissionais de saúde, uma vez que os sentimentos vivenciados e os problemas relacionados ao processo saúde-doença são compartilhados na relação da família com a pessoa em sofrimento mental. Esta compreensão fundamenta-se no pensamento merleau-pontyano de que, na intersubjetividade, “o outro me envolve e me habita a tal ponto que não sei mais o que é meu, o que é dele”^(11:41).

Assim, acreditamos que o cuidado em saúde mental deve ser planejado tendo em vista as necessidades da família, e não apenas da pessoa em sofrimento mental. Neste artigo, que constitui um recorte de uma dissertação de mestrado⁽¹²⁾, objetivamos descrever as vivências de cuidados de familiares para com a pessoa em sofrimento mental que se desvelam como sentimento de coexistência.

METODOLOGIA

O caráter vivencial do estudo conduziu-nos a fundamentá-lo na fenomenologia, mais especificamente, na filosofia da experiência de Maurice Merleau-Ponty. O autor se ocupa em descrever como as vivências se mostram à percepção, o que ocorre como um processo intencional e envolve a dimensão sensível (intuição, sentimento) e a dimensão reflexiva (pensamento, linguagem). A vivência desvela-se sempre em perfil, impondo-se a nós como um todo, independentemente de nossa vontade, e seu

desvelamento acontece por meio da experiência dialógica, na intersubjetividade: trata-se de uma revelação fenomênica, portanto nos ocorre de forma ambígua.

Neste sentido, a fenomenologia merleau-pontyana não se ocupa em interpretar dados e fornecer explicações sobre eles, e sim, em descrever vivências perceptivas que se mostram a partir de si mesmas. Para o autor, a percepção só pode ser descrita do ponto de vista de quem a vive, já que “o homem está no mundo, é no mundo que ele se conhece”^(3;6).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Uesb, sob o protocolo n.º 159/2009, e desenvolvido no ano de 2010, com dez familiares de usuários do Centro de Atenção Psicossocial (Caps II) de Jequié - Bahia, Brasil, identificados por nomes de pássaros, para garantia do anonimato. A produção das descrições vivenciais (coleta de dados) ocorreu através da composição de um grupo de colaboradores vivenciais (GCV) – dez familiares que compartilharam as vivências de cuidado durante as entrevistas individuais – e a do subgrupo de colaboradores reflexivos (GCR) – cinco familiares do GCV, indicados pelo próprio grupo para contribuir com a formulação dos temas norteadores das entrevistas⁽¹²⁾.

As descrições vivenciais foram submetidas à analítica da ambiguidade, método desenvolvido para a compreensão de textos empíricos originários de pesquisas fundamentadas na fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty⁽⁴⁾. O método busca fazer ver os fenômenos que se mostram à percepção a partir da intersubjetividade, entendendo que a experiência perceptiva sempre acontece de forma temporal, assim como ocorre na observação de imagens de ilusão óptica (imagens gestálticas): ora aparece a figura, ora o fundo. Trata-se de um olhar consciente de que, se a percepção é ambígua, tudo o que a envolve é ambíguo e nenhuma objetividade é suficiente para explicitá-la em sua totalidade. Assim, com a analítica da ambiguidade não se propõe interpretar os achados da pesquisa, tampouco explicá-los, mas, conforme a orientação merleau-pontyana, compreender os fenômenos tal como se mostram à percepção^(3,4,11,13).

Nesta perspectiva, a análise das descrições resultou em categorias que não se referem a uma

síntese reflexiva como idealidade pura, mas apenas como um dos polos da ambiguidade. O processo ocorreu da seguinte forma: transcrição das entrevistas gravadas, organização textual; realização de diversas leituras, deixando que os fenômenos se mostrassem em si mesmos a partir de si mesmos; e objetivação categorial⁽¹³⁾. Ao definir as categorias, percebemos que as ambiguidades eram inúmeras, visto tratar-se de uma experiência que se insere no campo fenomenal, em que a cada instante se contraem, no presente, horizontes de passado e de futuro, como resultado da relação intercorporeal, o que implica em uma atitude transcendental⁽¹³⁾.

Neste sentido, a compreensão textual baseada na analítica da ambiguidade ocorre, por exemplo, quando, ao olharmos para uma paisagem, para percebermos uma determinada figura precisamos fechar a paisagem às demais figuras e fixar o olhar no contorno da figura que queremos ver.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao fazer ver o entrelaçamento das vivências de cuidado em que os familiares de usuários do Caps II desvelaram o sentimento de coexistência com a pessoa em sofrimento mental, os colaboradores do estudo mostraram que a vivência da generalidade ocorre de maneira ambígua e pode aparecer tanto como aproximação quanto como distanciamento entre os membros da família e entre esta e o corpo social.

Assim, compreendemos que toda tentativa de objetivar algo sobre as vivências da família diante do sofrimento mental é insuficiente para exprimir o significado da experiência por inteiro. Destarte, as categorias objetivadas constituem-se como ambiguidades do processo perceptivo, manifestando-se ora como uma experiência sensível, ora como uma experiência reflexiva. Neste artigo apresentaremos dois eixos temáticos: “A coexistência e a capacidade humana de experimentar a intersubjetividade e “A cultura manicomial e a coexistência do sofrimento mental no contexto familiar.

A coexistência e a capacidade humana de experimentar a intersubjetividade

As descrições vivenciais revelaram que, em função da coexistência, a família compartilha tristezas, medos, constrangimentos e outros sentimentos relacionados ao estigma decorrente do sofrimento mental em qualquer um dos seus integrantes, como observamos na descrição a seguir:

[...] de mim não, não me esculhambam, mas falam de Jenipapo [pessoa em sofrimento mental], fala que é doido, que é maluco, quando falam dele eu não gosto, que os outros chegam e me contam: ô tua mãe está xingando teu marido, teus filhos [...] (Beija-Flor).

A fala faz ver que a vivência do sofrimento pela família torna-se uma generalidade e é decorrente da capacidade humana de experimentar a intersubjetividade⁽³⁾. A noção de coexistência também é descrita a partir da ideia de temporalidade, em que, através da experiência perceptiva, contraímos, no presente, um horizonte de passado e outro de futuro, constituindo uma vivência de campo, que também pode ser chamada de vivência do corpo próprio ou do outro eu mesmo, por permitir o descentramento, o entrelaçamento e a reversibilidade entre eu e outrem⁽¹¹⁾.

Assim, os familiares experimentam sentimentos semelhantes, de maneira que, em função da convivência, os sentimentos são compartilhados e mobilizados de uma pessoa à outra, e esse compartilhamento faz surgir um outro eu mesmo, bastando que no interior de seu mundo se esboce um gesto semelhante ao seu⁽¹¹⁾.

Neste sentido a ambiguidade revelou-se, sobretudo, na tentativa dos familiares de objetivar a falta de colaboração de outros familiares com relação ao cuidado de uns para com os outros. Ao mesmo tempo em que reconhecem a colaboração no cuidado como algo natural, exprimem revolta, insatisfação, decepção e necessidade de ser cuidado, sentimentos que se refletem em condutas de afastamento, como observamos na fala:

[...] Esta questão de não ter esse vínculo de família... é muito difícil, porque ela é a mais nova dos sete [irmãos], por ser doente ficou um pouco excluída [...] de conversar mais sobre família [choro], porque para mim foi muito difícil viver sem um pai, sem uma mãe, sabe, e foi assim, eu

sempre vivi com minha avó [chorou ao lembrar-se do falecimento dela], que sempre enfrentou esse problema; [...] (Canário Belga).

A fala desvela o sentimento de tristeza e desamparo de um filho que deseja falar sobre a família e, assim, expressar um pouco da angústia e das dificuldades que enfrentou na experiência com o sofrimento mental da mãe, confirmando a informação de que quando a mulher adoece a família é mais afetada, uma vez que ela seria o elo organizador das ações do grupo, e nessa situação a tendência é que os filhos, geralmente, sejam os maiores prejudicados⁽¹⁴⁾.

Nesse contexto, o choro de Canário Belga pode significar tanto um cuidado de si, na medida em que expressa tristeza pela falta do apoio de pai, mãe e avó, como um cuidado do outro eu mesmo que a reflexão fez aparecer, quando revelou medo e insegurança por precisar cuidar da mãe e sentir-se despreparado para isso. Tal situação se agrava pelo fato de, após o falecimento da avó, não encontrar alguém para dividir as responsabilidades, o que não ocorre com Colibri, que tem conseguido organizar-se melhor com a ajuda da irmã, como observamos a seguir:

[...] tentei direcionar e dividir as tarefas [com a irmã], para que uma não dissesse que a outra não faz [...] vou fazer para não dizer que ela está sobrecarregada e eu não faço nada, [...] então, as coisas foram acontecendo naturalmente e para mim ficou bem leve [...] (Colibri).

A vivência de Colibri mostra o medo de sentir-se sobrecarregada e confirma a incorporação da tese de que a divisão de tarefas contribui para diminuir a sobrecarga. Além disso, revelou a tranquilidade decorrente de sentir-se justa e partícipe do processo. O fato de afirmar que as coisas estão mais leves demonstra, ainda, o processo penoso que pode representar a vivência do sofrimento mental⁽¹⁵⁾, como percebemos na fala:

[...] sempre gostou de ficar dentro de casa, tem vez que se tranca no quarto, fica lá o dia todo, tem dia que pirraça, [...] tem dia que fala que vai embora, eu falo tu vai embora para onde? Quem é que vai ter essa paciência que eu tenho, dezoito anos não é dezoito dias [...] (Beija-Flor).

Nesse contexto, Beija-Flor refere-se à paciência para justificar o cuidado que tem com

Jenipapo, mas deixa aparecer que o cuidado ocorre como uma experiência do corpo próprio, decorrente do sentimento de valorização por conseguir cumprir sua missão, ou seja, ao conseguir cuidar dele, demonstra sua paciência. Além disso, reflete a preocupação de vir a adoecer também, conforme está implícito na fala:

[...] eu falo com os meninos, ah, eu não gosto de ficar com minha mente parada, [...] porque eu falo assim: ô meu Deus do céu, como foi que eu fui casar com uma pessoa que eu não conhecia direito [...] se eu pudesse voltar no tempo, eu não casaria [...] (Beija-Flor).

Assim, Beija-Flor demonstra ansiedade e angústia, estado emocional acompanhado por uma inquietação, revelada ao dizer que não consegue “ficar parada”. O desejo de retornar no tempo caracteriza a convivência com a pessoa em sofrimento mental como uma vivência de sentimentos e emoções ambíguas, que os próprios familiares percebem como difíceis de compreender⁽¹⁵⁾. Nessa perspectiva, Beija-Flor tenta objetivar os motivos que a fazem continuar vivendo com Jenipapo:

[...] se eu deixar [as crianças] com ele até a justiça ia me achar ruim, porque ele está com esse problema, como é que uma mãe dessa caiu no mundo e deixou os filhos.

A moral afirma que mãe não pode abandonar filho, o que ainda influencia a mulher na decisão de sair ou não de casa; mas esta parece ser apenas uma figura sobre um fundo do qual podem emergir inúmeras figuras, como ocorre com Beija-Flor ao revelar que continua com Jenipapo por diversos motivos, o que inclui preocupação e até mesmo carinho, conforme percebemos na fala seguinte:

[...] quanto estar com ele, eu gosto dele, [...] quando ele acorda cedo, ele me acorda também, {pergunta:} ta pensando o que? Tem vez que falo assim meu Deus me perdoa, mas dou Graças a Deus por ele está lá no Caps [...] (Beija-Flor).

Neste momento, Beija-Flor demonstra, ao mesmo tempo, alívio e satisfação, por saber que ele está no Caps II, e arrependimento ao reconhecer que o lugar dele é com a família. Tal situação confirma a necessidade de escuta, acolhimento e apoio compartilhados pela família diante do sofrimento mental⁽¹⁵⁾

À luz do pensamento merleau-pontyano, percebemos que o entrelaçamento com o sujeito em sofrimento mental permite à família experimentar o descentramento no semelhante e desvela um nós – a intersubjetividade – que impõe a necessidade de promoção da saúde mental de toda a família.

A cultura manicomial e o sentimento de coexistência no contexto familiar

Nesta categoria, as descrições dos colaboradores vivenciais mostraram que as relações familiares de usuários do Caps II revelam preconceito e estigma em relação ao sofrimento mental, ao mesmo tempo em que fazem ver um horizonte de coexistência que permite ao familiar que cuida identificar-se com a pessoa que sofre, a ponto de sentir hostilidade e ressentimento para com os que agem com discriminação e preconceito.

Percebemos nisto que o preconceito e o estigma, a marca da institucionalização, continuam mobilizando sentimentos de vergonha, incapacidade e outros, como se estes fossem transmitidos entre as gerações, o que reforça o pensamento merleau-pontyano de que, no universo cultural, teses são incorporadas e mobilizam sentimentos e condutas humanas⁽²⁾. Deste modo, o isolamento aparece como a principal forma de a família lidar com o sofrimento mental, ao mesmo tempo em que desvela o desconhecimento sobre o processo de adoecer e a incorporação da tese de que a pessoa em sofrimento mental deve ser tratada em regime de exclusão da sociedade.

Esta tese encontra eco nas ideias da psiquiatria clássica, que foi tecendo a cultura manicomial e construindo o discurso da incapacidade do louco, dando a este um lugar de alienação à medida que é impelido a objetificar-se conforme as regras e esquemas da instituição⁽¹⁶⁾. Assim, o processo de exclusão foi sendo incorporado, como ocorre na leitura de um livro em que uma linguagem comum é tecida por meio do reencontro de detalhes que necessitam do compartilhamento de sentimentos e vivências⁽¹¹⁾.

Dessa maneira, a cultura manicomial resultou de uma construção histórica que ainda parece influenciar o comportamento das famílias, tendo em vista que seria impossível aos familiares

imitar a linguagem da psiquiatria clássica sem retomar alguma coisa da sua fisionomia, como observamos na fala:

[...] xingam ele de louco, e eu nunca falei nem que ele toma remédio {psicotrópico}, nem que vai para Caps. Eles perguntam: por que tu não larga ele? Tu é nova. Largar ele? Não, não vou largar ele, porque tem nossos filhos, meus filhos gostam do pai [...] (Beija-Flor).

Nesse sentido, embora Beija-Flor soubesse o sentido da palavra preconceito antes de tornar-se algo vivencial, o sofrimento mental fez com que a palavra se tornasse corpo encarnado, em que já não é necessário utilizar a palavra para mobilizar outros sentimentos negativos, mas apenas fazer-se presente, como verificamos na descrição:

[...] eu não conto para eles que ele toma remédio, que vai para o Caps, para ninguém mesmo, meu marido é uma pessoa normal [...] (Beija-Flor).

Nesse momento Beija-Flor revela ambiguidades que envolvem tanto o mundo da cultura como o mundo da vida, já que, ao buscar ajuda, procurou inicialmente um familiar de Jenipapo e em seguida procurou assistência médica, como observamos:

[...] conheci a mãe dele [...] ela falou que foi uma pessoa sofrida, uma pessoa que ela abandonou, jogou na lata do lixo [...] quando eu vi que o quadro já tava se agravando mesmo, aí eu disse: não [decidiu procurar um psiquiatra] [...] Alecrim [psiquiatra em Salvador] me deu o maior apoio mesmo, conversou comigo, falou, explicou: ô Beija-Flor, a partir de hoje ele vai melhorar, [...] ela falou assim oh, Beija-Flor e por que é que tu não vai embora e leva ele? (Beija-Flor).

Não obstante a psiquiatra sugerir o retorno da família à cidade natal de Beija-Flor, à medida que descreve a relação com sua família, retoma outras vivências de violência, exclusão e desagregação que a levam a esquivar-se ou preservar-se de tornar pública a vivência do sofrimento mental de Jenipapo, confirmando, assim, que os familiares temem o rótulo de “familiar de doido”⁽¹⁴⁾.

Embora Beija-Flor relate nunca ter assumido a condição do esposo, faz ver a necessidade de manter um relacionamento efetivo com a família ao desvelar a decepção que sente por não contar com sua ajuda para o cuidado. Por sua vez, os familiares que têm contato mais próximo com as

pessoas em sofrimento mental não dispõem de tempo e espaço para manter outros relacionamentos⁽¹⁷⁾, como percebemos na fala:

[...] essa coisa da família, eu valorizo muito apesar de não ser um bom membro [...] não frequento muito as casas da família, reclamam muito [...] acabam também não retribuindo as visitas [...] eu vou mais quando posso, eu sou mais recatada, porque aconteceram algumas coisas a gente vai se afastando [...] (Colibri).

A fala de Colibri reforça o valor da família no contexto do familiar que cuida da pessoa em sofrimento mental. Para Colibri continuar frequentando a casa da família é necessário que o encontro lhe possibilite sentir-se cuidada, sentir-se afetada do ponto de vista de sua sexualidade, da abertura para a vivência do “eu posso”, da aceitação, do respeito, enfim, da sua identificação como sujeito de possibilidades⁽¹¹⁾.

Na fala de Colibri percebemos que, embora tentasse explicar o distanciamento como decorrente de sua subjetividade, mostrou que este ocorre como uma retomada de vivências intersubjetivas, em que os familiares não possibilitam identificar na diferença uma constante entrega ao outro. Ao caracterizar-se como uma pessoa recatada, Colibri desvelou uma atitude movida por sentimento de revolta e desprezo, uma experiência negativa vivenciada intersubjetivamente com membros da família que não contribuem com o cuidado. Tais sentimentos corroboram a noção de que não há vida “interior” que não seja um primeiro ensaio de nossas relações com outrem⁽¹¹⁾.

Neste sentido, as descrições dos familiares revelam que o sofrimento mental possibilita maior aproximação da família e mobiliza o cuidado; revelam uma vinculação afetiva, uma preocupação com a pessoa em sofrimento mental que tanto pode distanciar como aproximar as pessoas, como observamos nas falas a seguir:

[...] é muito difícil, conviver com uma pessoa dessa, você se sente só no mundo, sem ninguém, e assim, não tem o que fazer, sabe, antes até eu tinha vergonha de minha mãe, hoje não [...] (Canário Belga)

[...] a minha paciente sofre, o sofrimento é da minha família, os vizinhos também que são uma família, são excelentes, não se incomodam com as crises de Pitanga [...] (Canário da Terra).

As descrições mostram que a vinculação afetiva aparece como uma experiência ambígua, em que, mesmo entrelaçados a uma cultura altamente preconceituosa e manicomial, os familiares tanto objetivaram os aspectos negativos do sofrimento mental, que caracterizam a pessoa como problemática e difícil, quanto reconheceram essa pessoa como um ser que sofre e que precisa de conforto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostra que a família que vivencia o cuidado da pessoa em sofrimento mental compartilha de seu sofrimento, o que se configura como sentimento de coexistência. Este fenômeno tanto pode aproximar como distanciar a família do corpo social, dado o estigma e o preconceito historicamente constituídos em relação à loucura, o que requer apoio e compreensão por parte daqueles que se dispõem a cuidar do binômio.

Nesta perspectiva, os trabalhadores dos serviços substitutivos, como o Caps II, devem construir abordagens para o cuidado que visem a

ajudar a família, tendo como fundamentos a valorização da experiência dialógica, o reconhecimento dos contextos de intersubjetividade como espaços de produção de cuidado e a necessidade de suporte à família para a (re)construção de projetos de vida, sonhos e esperança de um futuro melhor. Isto requer a suspensão de teses, dogmas e preconceitos instituídos pela psiquiatria clássica, sugerindo a construção de um novo olhar para o sofrimento mental.

Assim, reconhecemos a importância do diálogo para que a família possa expressar sentimentos, discutir conflitos, problemas e soluções, e que as práticas intersubjetivas são valiosas tanto para a desconstrução de preconceitos, medos e inseguranças como para a coexistência de sentimentos favoráveis e de maior potencial transformador. Ao serem compartilhados, tais sentimentos podem abrir inúmeras possibilidades de resignificação do sofrimento mental pela família, levando-a inclusive a perceber a necessidade de tornar-se usuária e beneficiária dos serviços de saúde mental.

THE FEELING OF CO-EXISTENCE AND CARE TO THE PERSON IN MENTAL SUFFERING

ABSTRACT

The care given to terminal patients at home alters family dynamics and requires reorganization of the roles of its members in order to meet the needs of such condition of life. The aim of this study was to describe the dynamics of organization of family caregivers of the terminal patient when facing home care. It is a qualitative study, carried out from January to July 2010, with 11 family caregivers of terminal patients, registered in a home care service of a university hospital in the South of Brazil. Data collection consisted of narrative interviews that were analyzed through content analysis. Two categories emerged: organization of the family to take care of the patient at home, and deprivations concerning the life of the caregiver responsible of caring for the terminal patient. It is possible to perceive the impact that a terminal disease causes in a family that experiences it, mostly, during home care. Such model of care has some benefits. It may, however, cause discomfort, financial difficulties and/or physical and emotional burden to the family caregiver, if it is not planned and followed up by health professionals. Thus, thinking about actions targeted at decreasing the difficulties faced by the family are measures that pertain to the nursing team and their counterparts.

Keywords: Home Care Services. Nursing. Caregivers.

EL SENTIMIENTO DE CONEXISTENCIA Y EL CUIDADO A LA PERSONA EN SUFRIMIENTO MENTAL

RESUMEN

El presente trabajo consiste en un estudio fenomenológico realizado con diez familiares de usuarios del Centro de Atención Psicosocial tipo II de Jequié-Bahía, Brasil, en 2010, a través de entrevista, con el objetivo de describir las experiencias de cuidado de familiares con la persona en sufrimiento mental, que se revelan como sentimiento de coexistencia. Las descripciones vivenciales sometidas a la analítica de la ambigüedad resultaron en los ejes temáticos "La coexistencia y la capacidad humana de experimentar la intersubjetividad" y "La cultura manicomial y el sentimiento de coexistencia en el contexto familiar". El estudio mostró el entrelazamiento inherente a la experiencia del cuidado y la generalidad compartida entre cuidador y persona cuidada, con respecto al sufrimiento, revelando la necesidad de cuidado a la familia con el fortalecimiento del vínculo entre las

familias, usuarios y los profesionales de salud, a través de la inclusión de acciones que promuevan la salud mental de toda la familia bajo la lógica de la construcción de contextos de intersubjetividad.

Palabras clave: Salud Mental. Cuidado. Relaciones Familiares.

REFERÊNCIAS

1. Almeida-Filho AJ, Moraes AEC, Peres MAA. Atuação do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. *Rev Rene*. 2009; 10(2):158-65.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília, DF; 2004.
3. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2010.
4. Sena ELS, Gonçalves LHT. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer: perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. *Texto & contexto enferm*. 2008; 17(2): 232-40.
5. Brêda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13(3): 450-2.
6. Amarante PDC. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
7. Schrank G, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev esc enferm USP*. 2008; 42(1): 127-34.
8. Waidman MAP, Radovanovic CAT, Scardoelli MGC, Estevam MC, Pini JS, Brischiliari A. Estratégia de cuidado a famílias de portadores de transtornos mentais: experiências de um grupo de pesquisa. *Ciênc Cuid Saúde*. 2009; 8 suppl.: 97-103.
9. Sena ELS, Reis HFT, Carvalho PAL, Souza VS. A intersubjetividade do cuidar e o conhecimento na perspectiva fenomenológica. *Rev Rene*. 2011;12(1):181-8.
10. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2001; 6(1): 63-72.
11. Merleau-Ponty M. A prosa do mundo. Tradução: Paulo Alves. São Paulo: Cosac & Naify; 2002.
12. Carvalho PAL. Vivências de Cuidado à família e intersubjetividade: percepção de usuários do Caps II. [dissertação de mestrado]. Jequié (BA): Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2010.
13. Sena ELS, Gonçalves LHT, Müller Granzotto MJ, Carvalho PAL, Reis HFT. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(4):769-75.
14. Rosa LCS. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicologia em Revista*. 2005; 11(18): 205-18.
15. Pereira MAO, Pereira Júnior A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pelas famílias. *Rev da Escola de Enferm USP*. São Paulo. 2003; 37(4): 92-100.
16. Basaglia F. Lei e psiquiatria: para uma análise das normas no campo psiquiátrico. In: Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Org. por Paulo Amarante. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 299-323.
17. Pegoraro RF, Caldana RHL. Sobrecarga de familiares de usuário de um centro de atenção psicossocial. *Psicologia em Estudo*. 2006; 11(3): 569-77.

Endereço para correspondência: Patrícia Anjos Lima de Carvalho. Rua Francisco Félix de Almeida, nº 47, Bairro Campo do América, CEP: 45203-170, Jequié, Bahia.

Data de recebimento: 16/10/2011

Data de aprovação: 20/12/2011