



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

E assim nos sentimos lançados no mundo:

Sentidos e significados nos discursos de usuários e familiares após a
comunicação do diagnóstico de transtornos psiquiátricos à luz da filosofia de
Martin Heidegger

Denis Guimarães Pereira

Manaus

2019

DENIS GUIMARÃES PEREIRA

E assim nos sentimos lançados no mundo:

Sentidos e significados nos discursos de usuários e familiares após a comunicação do diagnóstico de transtornos psiquiátricos à luz da filosofia de Martin Heidegger

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia – PPGPSI, da Universidade Federal do Amazonas, como requisito à obtenção do título de Mestre em Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro

Manaus

2019

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

P436a Pereira, Denis Guimarães
E assim nos sentimos lançados no mundo: Sentidos e significados nos discursos de usuários e familiares após a comunicação do diagnóstico de transtornos psiquiátricos à luz da filosofia de Martin Heidegger / Denis Guimarães Pereira. 2019
111 f.: 31 cm.

Orientador: Ewerton Helder Bentes de Castro
Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicológicos e Saúde) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Transtorno Psiquiátrico. 2. Usuário. 3. Familiar. 4. Fenomenologia. 5. Heidegger. I. Castro, Ewerton Helder Bentes de II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

FOLHA DE APROVAÇÃO

Denis Guimarães Pereira

E assim nos sentimos lançados no mundo:

Sentidos e significados nos discursos de usuários e familiares após a comunicação do diagnóstico de transtornos psiquiátricos à luz da filosofia de Martin Heidegger

Aprovado em: 02/05/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ewerton Hélder Bentes de Castro - Presidente
Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Prof.^a Dr.^a Gisele Cristina Resende
Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Prof.^a Dr.^a Maria de Nazaré de Souza Ribeiro – Membro Externo
Universidade do Estado do Amazonas (UEA)

DEDICATÓRIA

À minha mãe Rosilda Pereira, por ser meu exemplo de luta e por me fazer acreditar em meu potencial;

Aos usuários e familiares por se disporem a participar.

Dedico!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me feito forte diante de todos os obstáculos que surgiram nessa longa caminhada.

À minha família, por me incentivarem a seguir em frente e nunca desistir, me dando suporte e compreendendo todos os momentos quais tive de enfrentar.

Ao meu orientador e grande amigo Prof. Dr. Ewerthon Helder Bentes de Castro pelo apoio e paciência ao longo desse processo.

Aos meus amigos que sempre se fizeram presentes durante essa jornada, me incentivando a ser melhor a cada dia.

Aos professores do PPGPSI, pois contribuíram de forma significativa na minha inserção no mundo da pesquisa.

Ao CAPS Benjamim Matias Fernandes - CAPS SUL e toda equipe multiprofissional, em especial a Diretora do CAPS Sul - Maria do Perpetuo Socorro Bacelar Veloso por possibilitar a execução deste trabalho científico e pelo acolhimento oferecido.

Aos familiares e participantes dessa pesquisa que ampliaram minha percepção de Ser-no-mundo.

À UFAM e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

EPÍGRAFE

No corresponder, a fala se desprende quando escuta. No des-prender, a escuta se dá simultaneamente com o responder. Compreende-se que é deste modo que se dá o processo de escutas e falas do pesquisador e do participante.

Pereira & Castro, Fenomenologia e Psicologia: a(s) teoria(s) e práticas de pesquisa, 2017.

RESUMO

Esta investigação se insere no campo da Psicologia da Saúde e na linha de pesquisa Psicologia e Fenomenologia, do Laboratório de Psicologia Fenomenológico-Existencial FAPSI/UFAM/CNPq. O objeto de estudo são as vivências de pacientes diagnosticados com transtornos psiquiátricos e seus familiares e/ou acompanhantes inseridos no sistema de saúde mental na cidade de Manaus. A vivência da comunicação do diagnóstico de um transtorno mental implica em uma série de questões emocionais que mobilizam a pessoa acometida e seus familiares e/ou acompanhantes no sentido de questionar o próprio existir. Os transtornos psiquiátricos são exemplo de condição crônica de saúde que tem um curso progressivo e incapacitante, que configura problema de saúde pública e impõe enorme desafio para a assistência e o ajustamento psicossocial do paciente e poucas pesquisas tem sido realizadas sobre a concepção que usuários e familiares têm da comunicação do diagnóstico. Este estudo tem por objetivo compreender a percepção da comunicação do diagnóstico de transtornos psiquiátricos de usuários e seus familiares a luz da filosofia de Martin Heidegger – sentidos e significados nos discursos. Trata-se de um estudo amparado na abordagem qualitativa de pesquisa, utilizando o método fenomenológico de pesquisa em Psicologia com caráter descritivo e exploratório e a análise das entrevistas utilizou o pensamento de Martin Heidegger. Foi utilizada entrevista áudio gravada, que partiu de uma questão norteadora, com seus possíveis desdobramentos após ser enunciada. Os participantes foram 16 usuários e 3 familiares. Foram elaboradas seis categorias: a) O Ser-Aí e sua temporalidade: reminiscências da caminhada; b) Comunicação do diagnóstico: eu me nego a aceitar o veredicto; c) Ser-com-o-outro: a vivência do apoio e do não-apoio; d) Con-viver com o transtorno: as idiossincrasias da vivência; e) O devir, o vir-a-ser: perspectivas; f) A importância da escuta psicológica, da terapia. Conclui-se que a partir da comunicação do diagnóstico de transtorno psiquiátrico se fazem presentes uma série de elementos que redimensionam a existência de usuários e familiares acompanhados por instituição de saúde mental, o que caracteriza a pluridimensionalidade do ser diante da facticidade.

Palavras-chave: Transtorno psiquiátrico; usuário; familiar; Fenomenologia; Heidegger

Abstract

This research is part of the field of Psychology of Health and the research line Psychology and Phenomenology, FAPSI / UFAM / CNPq Laboratory of Phenomenological-Existential Psychology. The object of study is the experiences of patients diagnosed with psychiatric disorders and their relatives and / or companions inserted in the mental health system in the city of Manaus. The experience of communicating the diagnosis of a mental disorder implies a series of emotional issues that mobilize the affected person and their relatives and / or companions in the sense of questioning their own existence. Psychiatric disorders are an example of a chronic health condition that has a progressive and incapacitating course, which constitutes a public health problem and poses a huge challenge to the care and psychosocial adjustment of the patient, and little research has been done on the conception that users and their families diagnosis communication. This study aims to understand the perception of communication of the diagnosis of psychiatric disorders of users and their relatives in light of the philosophy of Martin Heidegger - meanings and meanings in speeches. It is a study based on the qualitative approach of research, using the phenomenological method of research in Psychology with descriptive and exploratory character and the analysis of the interviews used the thought of Martin Heidegger. Recorded audio interview was used, starting from a guiding question, with its possible unfolding after being enunciated. The participants were 16 users and 3 family members. Six categories were elaborated: a) The Being-Aí and its temporality: reminiscences of the walk; b) Communication of the diagnosis: I refuse to accept the verdict; c) Being-with-the-other: the experience of support and non-support; d) Living with the disorder: the idiosyncrasies of the experience; e) The becoming, the coming-to-be: perspectives; f) The importance of psychological listening, therapy. It is concluded that from the communication of the diagnosis of psychiatric disorder, a series of elements that resize the existence of users and relatives accompanied by a mental health institution are present, which characterizes the multidimensionality of being before facticity.

Key-words: Psychiatric disorder; user; familiar; Phenomenology; Heidegger

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Passos do método fenomenológico preconizado por Giorgi

Quadro 2: Passos do método fenomenológico psicológico de Giorgi

Quadro 3: Usuário por idade e diagnóstico

Quadro 4: Usuários da roda de conversa

Quadro 5: Familiares que concordaram em participar da pesquisa

SUMÁRIO

Introdução	14
1. Revisão da Literatura	20
1.1 Transtorno Mental	20
1.1.1 Transtorno bipolar I	21
1.1.2 O transtorno bipolar II	22
1.1.3 Transtornos de ansiedade	25
1.1.4. Crises do pânico	25
1.1.5. Transtorno de estresse pós-traumático	26
1.2 A Psicopatologia	27
1.3 A Psicopatologia Fenomenológica	33
1.4 A Fenomenologia: parâmetros iniciais	38
1.5 A Ontologia Hermenêutica de Martin Heidegger: pressupostos	41
2. Percurso metodológico	52
2.1. Delineamento do estudo	52
2.2. Método fenomenológico de pesquisa em Psicologia	53
2.3. Método fenomenológico psicológico de Giorgi.....	54
2.4. Participantes.....	55
2.5. Obtenção dos Dados	57
2.5.1 A entrevista fenomenológica	57
2.6. Procedimento	58
2.7. Considerações éticas	59
2.8. Caracterizando o local de pesquisa: o CAPS SUL	59
3. Resultados e Discussão	62
3.1. O Ser-Aí e sua temporalidade: reminiscências da caminhada. 62	
3.1.1. Nas reminiscências da infância, a possível causalidade!	62
3.1.2. A crise que desencadeou o processo	64
3.2. Comunicação do diagnóstico: eu me nego a aceitar o veredicto	68
3.3. Ser-com-o-outro: a vivência do apoio e do não-apoio	72
3.3.1 O apoio do Outro	72
3.3.2 O não-apoio se faz presente: a ausência do outro faz falta....	75
3.4. Con-viver com o transtorno: as idiossincrasias da vivência....	77

3.4.1 A vivência do preconceito: com -vivendo com os rótulos	77
3.4.2 Sofrimento, dor, cansei de tudo: o suicídio é tentado	78
3.5. O devir, o vir-a-ser: perspectivas	80
3.5.1. O trabalho como parâmetro de ser saudável, o sentido da “normalidade”	81
3.5.2. E além do transtorno, as expectativas	82
3.6. A importância da escuta psicológica, da terapia	84
Considerações Finais	89
Referências	93
Anexos	97
Anexo 1: TCLE usuários	98
Anexo 2: TCLE familiares	101
Anexo 3: Parecer Consubstanciado	103

Enquanto a interpretação existencial não esquecer que o seu ente temático possui o modo de ser da presença e que ele nunca pode ser um ente simplesmente dado, resultante da colagem dos pedaços simplesmente dados, todos os seus passos devem deixar-se guiar; em conjunto, pela ideia de existência (...) Trata-se, pois, de liberar, numa interpretação, a presença para a sua possibilidade de existência mais extrema.

Heidegger, Ser e Tempo, p. 385

Introdução

Contemporaneidade. O feérico se instaura em nossas vidas. Inumeráveis são as transformações das sociedades e das culturas no mundo do capitalismo globalizado. Novos padrões de acumulação: econômicas, políticas, ideológicas. E, com isso, ocorrem inúmeras e complexas mudanças de ordem subjetiva. Vive-se sob a égide de um individualismo exacerbado, desarticulação do coletivo, levando a um contexto onde é deixado de fora de jogo o corpo e a sensibilidade e com eles a possibilidade de criação e produção de diferença e do diferente.

Que tempos são estes onde as formas de subjetivação refletem isolamento e ansiedade diante da possibilidade de encontro com o outro? Neste contexto, surgem os chamados transtornos psiquiátricos – objeto de minha análise – que, por acarretar uma série de comportamentos e atitudes consideradas à conta de estranhas e muito diferentes - as pessoas parecem desarticuladas e desapropriadas do contexto em que estão alocadas - são elementos, ainda hoje, fonte de exacerbação de rótulos e caricaturização desse outro. Consequentemente, as relações tornam-se complexas e, nesse ínterim, a pessoa acometida por um quadro clínico dessa natureza passa a sofrer preconceito e discriminação, afinal, “é alguém diferente” e as diferenças não são bem recebidas no mundo contemporâneo.

Holanda (2011) em seu estudo intitulado *Gênese e histórico da psicopatologia fenomenológica*, faz um apanhado acerca de como essa temática vem sendo trabalhada no decorrer da construção da ciência. Assim, o autor nos posiciona acerca dos termos “Psicopatologia”, “doença mental”, “patologia mental” ou simplesmente “loucura”, mostrando a partir daí a história das idiosincrasias próprias da própria história humana.

Sabe-se que, apesar da loucura e do louco, sempre estiveram presentes na história da humanidade, o que faz com que sua apreensão seja repleta de significações, algumas vezes tão díspares? Não restam dúvidas de que a figura do “louco” ainda impressiona, por temor ou expectativa, seja por curiosidade apenas. Daí o “louco” ou a “loucura” considerados como presença e ausência em nós mesmos.

A caminhada humana se caracteriza por um certo “fascínio pela loucura” – em um misto de atração e repulsa -, o que talvez explique o fato de em nossa cultura, ocorrerem dubiedades relativas ao tema. Por um lado, a hospitalidade às “obras da loucura” e uma considerável receptividade aos “loucos célebres” (FOULCAULT, 1984), seja por nossa triste realidade em instituições manicomiais, debatida nos mais variados contextos.

Contudo, no decorrer do desenvolvimento científico, surge a Psicopatologia Fenomenológica, cujo olhar redimensiona o interpretar a loucura e adentra pela compreensão desse outro diagnosticado com transtorno psiquiátrico. Novo momento na história da humanidade no sentido de entender a “loucura”.

Neste estudo, me propus a mergulhar, imergir nesse mundo dos transtornos psiquiátricos, tanto com o usuário do sistema de saúde mental quanto com seu familiar e/ou acompanhante. A pesquisa no contexto da compreensão do vivido por estes protagonistas, tem sido parca na sociedade amazonense. Meu amparo teórico foi a Fenomenologia de Heidegger (2015; 2013; 2012; 2003) em suas obras *Sobre a essência da linguagem; Ser e Tempo; Ontologia – Hermenêutica da facticidade e Os conceitos fundamentais da metafísica : mundo, finitude e solidão*, especificamente.

Vários autores a nível mundial, tais como: Binswanger, Medard Boss e o próprio Heidegger na Alemanha; Arthur Tatossian na França; Laing na Inglaterra; Ortega y Gasset na Espanha, dentre outros e em nosso país, temos: Nilton Campos, Virgínia Moreira, Alexandre Valverde, e outros mais, se debruçaram sobre o estudo das psicoses a partir da lente da psicopatologia fenomenológica, contribuindo grandemente para a compreensão desse mundo vivido por esse outro, diagnosticado com Transtorno psiquiátrico.

Percorrer este caminho, sob a ótica da Fenomenologia, significa antes de mais nada, adentrar na minha própria forma de ver o objeto de pesquisa. E, nesse sentido, questionar minha formação acadêmica, não no sentido de crítica pela crítica, mas, a crítica que poderá vir contribuir para com a formação em Psicologia que, em alguns casos, deixou alhures o humano, a pessoa, o ser humano que todos somos.

A proposta não foi me ater à doença propriamente dita, não busquei um olhar da antropologia que ao considerar apenas a doença, a constitui em abstração. Não. Meu propósito foi ir ao encontro da pessoa que adocece em decorrência de uma série de contingências vivenciadas em seu cotidiano. E, dessa forma, pude ir além do rótulo e do diagnóstico. É, assim, me compreender um ser-afetado pelo outro.

Mas, a que me refiro quando expresso o ser afetado pelo outro? Ora, o meu modo de *ser aí* no mundo é designado pela afetividade que está mais plenamente entregue a si mesmo como quem de fato é, e não pela ideia que tenho do mundo, o que caracteriza o estado de humor preconizado por Heidegger (2013). É emoção. Morato (2013) revela que é através da emoção que eu me situo no mundo, compreendendo determinada situação, pois a apreensão do mundo se dá através do modo pelo qual o meu eu nele se insere. Assim, a emoção, por imersão no mundo, não é algo especificamente interno, mas se apresenta através de mim, enquanto ser-no-mundo, ou seja, a emoção refere-se a como estou no mundo em tal preciso momento.

Na minha constituição de *ser-aí*, o mundo me fere (o mundo me impacta), que, por sua vez, a ele se refere, haja vista que respondo na mesma medida em que sou ferido. Afetando o eu, o mundo me é revelado nesse toque, implicando que o real só é real porque eu o experiencio de certa maneira, e não originariamente, modelado por conceito. Assim, a emoção abre o real, que, por sua vez, dispõe a mim mesmo em um determinado estado de ânimo, ou seja, me permito, me possibilito afetar por esse outro que com-partilha comigo a vida.

A contemporaneidade se apresenta marcada por transformações abruptas. Desde o advento da ciência em uma tentativa de responder a tudo ao acentuado número de pessoas diagnosticadas com transtornos psiquiátricos e consequentes mudanças na rotina familiar.

A percepção de familiares e pacientes diagnosticados com transtornos psiquiátricos, foi por mim escolhida por ser um assunto que, particularmente, me chama muita atenção, haja vista que, caracterizadamente é uma situação que se encontra permeada por vivências saturadas de afetos, sentimentos, sofrimento, dentre outros. Assim, é uma temática que poderia dizer: pluridimensional. Contudo, em minha trajetória na academia, enquanto discente

de Psicologia, toda relação a este tema foi referendada nos manuais que, desde há muito, subsidiam a formação na área, e me levaram pelo caminho da interpretação, da regulação, do estabelecimento de rótulo. Poderia ter sido diferente? Minha formação poderia ter adentrado por outro caminho que não esse da normatização do outro? Poderia ter me possibilitado caminhar pelo *locus* da compreensão e não apenas na mera interpretação a partir dos manuais que enveredam pelo nicho do patológico e do normal, em vez do patológico e do humano?

Intrigava-me o fato de todo e qualquer pensamento relacionado a esta temática estar envolvida o que considero – como citei acima - a interpretação, a busca pela normalidade ou anormalidade, a rotulação. Que outras possibilidades poderiam, nestes casos, ser colocadas em prática? Será que a formação poderia vir a ser potencializada por outro olhar que não aquele já estabelecido e crido como o mais eficaz? Nesse pensamento, entro em contato, ainda na faculdade com a Fenomenologia, o que me possibilitou redimensionar o meu olhar sobre a vida, sobre o meu futuro fazer enquanto psicólogo. Torna-se necessário ir além do que está posto enquanto normativa.

A partir daí, dentre os pontos que fizeram mergulhar neste tema, destacaria como de maior relevância, dois aspectos a seguir: o fato que atualmente, mesmo diante de tantos avanços na ciência psicológica a fenomenologia, enquanto método, a perspectiva é de que a mesma ainda passa despercebida dentro dos espaços onde se trabalham com transtornos psiquiátricos; e conseqüentemente, como tem sido observado, conduz à vivência do ato de reduzir esse ser a critérios elencados nos manuais de psicopatologia, tornando-o, como recorde da academia, pude observar em palestras e conferências durante a graduação, alguém que já está “enquadrado” em critérios diagnósticos e quadros nosológico ao adentrar esses espaços e assim deverá permanecer.

Realizar este estudo no sentido de compreender a vivência do usuário do sistema de saúde mental e seus familiares, resulta, a partir do olhar e das contribuições da fenomenologia, em um redimensionamento da compreensão sobre a pluridimensionalidade do contexto vivido por essas pessoas.

Assim, possibilita um retorno bem expressivo ao processo de formação em Psicologia, haja vista que, a partir do vivenciado na pesquisa, questiono posturas e métodos utilizados não apenas acerca da formação, mas, e inclusive, do fazer profissional que hoje é experienciado no sistema que se diz “de saúde mental”.

Assim sendo, o aprofundamento desta temática, possibilita o estabelecimento de discussões acerca de como está se dando o acompanhamento de usuários e familiares nas instituições de saúde mental. E, certamente, contribui no sentido de elaborar estratégias para a equipe multiprofissional de saúde que desenvolvem suas atividades laborais junto a essas pessoas.

Diante do exposto, alguns questionamentos, considerando a problemática de pesquisa, se fizeram presentes no momento da elaboração do projeto de pesquisa: a) Como se dá a compreensão da família diante de um membro acometido por um transtorno psiquiátrico e quais as modificações que ocorrem nessa configuração familiar? b) Como se dá a compreensão e a vivência do próprio ser diagnosticado com transtorno psiquiátrico? c) Como se dá a inserção dessa pessoa – agora usuário do serviço de saúde mental - no sistema de saúde? d) Qual a percepção que ambos – usuário e familiar – têm acerca daqueles que fazem parte de seu contexto social? Até onde o “pré-conceito” atrapalha em seu tratamento? e) Como eles compreendem a reintegração a sociedade da pessoa com diagnóstico de transtorno mental?

Para desenvolver o estudo, o objetivo veio no sentido de compreender sentidos e significados nos discursos de usuários e familiares após a comunicação do diagnóstico de transtornos psiquiátricos à luz da filosofia de Martin Heidegger.

Me propus a investigar o vivido, compreender o sentido atribuído a determinada situação e/ou situações experienciadas pelo outro. Para isto, amparei-me na proposta do método que considero o mais coerente para desenvolvimento de estudos desta natureza, o método fenomenológico psicológico de Amedeo Giorgi. E a análise a partir, como já fora dito, da perspectiva teórica de Martin Heidegger, pelo fato deste autor considerar o ser humano enquanto um ser-em-relação, a partir das quais – as relações - se

constitui como *ser-no-mundo* em contínuo devir, independente das situações surpresa que ocorrem em seu cotidiano, ou seja, o homem como possibilidade, como um vir-a-ser contínuo.

*Como método, a Fenomenologia se torna uma necessária e ininterrupta **pesquisa**, uma **busca** uma **investigação** com respeito àquilo que se designa como “essencial”, constitutivo do subjetivo.*

Goto, Holanda & Costa, Psicologia Clínica da graduação à pós-graduação, 2018

1. REVISÃO DA LITERATURA

A temática que me propus a pesquisar apresenta uma tessitura ampla. Para isto, cumpre trazer, neste momento, aspectos teóricos relacionados ao Transtorno Mental; a Psicopatologia, a Psicopatologia Fenomenológica, Fenomenologia e em seguida, o arcabouço teórico de Martin Heidegger.

1.1. Transtorno Mental

Para cumprir o que me propus nesta pesquisa, antes de mais nada, se torna necessário apresentar de forma mais ampla os transtornos mentais, com a intenção de facilitar a leitura e consequente compreensão da psicopatologia.

Como aponta Teixeira (2010), os transtornos mentais, apresentam características, tais como: são sentidos como indesejáveis porque limitam a liberdade, a autonomia individual e a autorrealização; alteram a consciência do sujeito e sua percepção da realidade; perturbam sua maneira de estar-no-mundo, suas vivências, seu modo de se comportar e de relacionar-se com os outros.

São vividos como sofrimento psicológico na tripla relação do indivíduo consigo próprio, com os outros e com o mundo. Conforme indica o DSM-V (2014,p.20):

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito.

Lima & Moreira (2017), ressaltam que construímos teorias por estarmos no mundo e que é impossível nos desvincularmos a ele, vivendo somos

provocados a pensar e refletir sobre o que nos cerca; os conhecimentos produzidos não são feitos de forma desinteressada. Evangelista (2015) mostra que antes do desenvolvimento de quaisquer áreas relacionadas ao estudo dos transtornos mentais propriamente ditos, a psicopatologia já se mostra como porta de entrada da tentativa de compreender a “loucura”. O que faremos a partir deste momento.

No sentido de tornar mais claro para o leitor, a dimensão do que foi encontrado na pesquisa realizada, passo a caracterizar os transtornos mentais e/ou psiquiátricos mais presentes nos usuários do CAPS Benjamim Matias Fernandes. Temos assim: Estado Depressivo Maior, Transtorno Bipolar, Crises de Ansiedade, Crises do pânico.

- a) Transtorno Bipolar
- b) Crises de Ansiedade
- c) Crises do pânico
- d) Transtorno de estresse pós-traumático

Um dos aspectos a ser considerado nos casos de depressão, diz respeito a depressividade, conceito que Souza & Moreira (2018) compreendem como sendo algo além da depressão em si mesma, segundo estes autores “é um modo de ser global do indivíduo, não atrelada diretamente a fatores determinantes específicos” (p. 4). Dessa forma, é algo próprio da depressão e deve ser entendido como um facilitador da manifestação desta em algumas pessoas. Seria uma base constitutiva, uma vez que, se faz presente em todos os depressivos como condição de possibilidade.

1.1.1. Transtorno bipolar: no DSM-V (2014) são apresentados nesta classe de transtorno o transtorno bipolar I, o transtorno bipolar II, transtorno ciclotímico, transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento, transtorno bipolar e transtorno relacionado a uma condição médica, outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado e transtorno bipolar e outro transtorno relacionado não especificado. Para este trabalho – e como foi os que surgiram na pesquisa – explicitarei apenas os dois primeiros.

Os critérios elencados para o transtorno bipolar I representam o entendimento moderno do transtorno maníaco-depressivo clássico, ou psicose afetiva, descrito no século XIX. Não existe, neste caso, exigência de psicose ou de experiência de vida de um episódio depressivo maior.

Para não estendermos acerca da descrição completa do **transtorno bipolar I**, devem ser considerados: A) Foram atendidos os critérios para pelo menos um episódio maníaco (Critérios A-D do episódio maníaco); B) Ocorrência de episódio maníaco e depressivos maior não explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico com outras especificações ou não especificado. Pode ser classificado em Leve, Moderado, Grave, com características psicóticas, Em remissão parcial, Em remissão completa, Não especificado.

Quadro nosológico: tem como característica essencial (episódio maníaco) é um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, eufórico, excessivamente, sentindo-se no topo do mundo. Pode apresentar labilidade emocional (vai de irritabilidade à euforia). Autoestima inflada, delírios de grandeza, a fala pode ser rápida, pressionada e difícil de interromper, juízo crítico comprometido. Podem ocorrer prejuízos acentuados no funcionamento social ou profissional, necessitando em alguns casos de internação hospitalar. A média de idade para o primeiro episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior é de cerca de 18 anos para este tipo de transtorno.

1.1.2. O transtorno bipolar II, neste caso se foram atendidos: A) critérios para pelo menos um episódio hipomaníaco; B) Jamais houve um episódio maníaco; C) a ocorrência de episódio hipomaníaco e depressivo maior não bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado; D) Os sintomas de depressão ou da imprevisibilidade causada por alternância frequente entre períodos de depressão e hipomania causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no

funcionamento social, profissional ou em outra área importante da vida do indivíduo.

Quadro nosológico: um ou mais episódios depressivos maiores e em pelo menos um episódio hipomaníaco. Sendo a duração do primeiro de pelo menos duas semanas e o hipomaníaco de, no mínimo, quatro dias. Impulsividade, mais comum no gênero feminino (hipomania). Pode iniciar no fim da adolescência e durante a fase adulta, por volta dos 25 anos. Trabalhos como o de Novaretti; Novaretti & Tumas (2016) relatam sobre o Transtorno Bipolar e sua possível correlação com a ação dopaminérgica, o que não tem sido satisfatoriamente demonstrado cientificamente.

Neste momento, cumpre imergir em estudos realizados acerca da temática, especificamente transtornos mentais e a díade saúde/doença mental.

Kantorski et al. (2019) discute como o gênero em seu trabalho tem marcado as práticas de cuidado desempenhadas pelas famílias, por meio da identificação de diferenças quanto ao perfil sociodemográfico, ao desenvolvimento de tarefas relativas ao cuidado e consequentes repercussões na configuração familiar de acordo com o sexo dos indivíduos. Foram pesquisados 1.242 familiares de usuários/as de CAPS e apresentou como resultado que aspectos, como a ausência de divisão da atividade de cuidado, sentimento de sobrecarga, avaliação ruim da qualidade de vida, insatisfação com as relações familiares e manifestação de transtornos psiquiátricos menores, foram encontrados mais em mulheres. Portanto, conclui que existem diferenças importantes entre os gêneros dos cuidadores, em especial no que diz respeito às repercussões do cuidado na vida dessas pessoas.

Cao, Salem, Nagpal e Teixeira (2017) estudam um caso clínico sobre o delírium prolongado diagnosticado como Transtorno de Humor e que, após o diagnóstico correto, o paciente passou a ser tratado de acordo com o prescrito tendo a evolução do prognóstico, evitando medidas iatrogênicas. Trazer esta pesquisa é importante no sentido de que a dificuldade em estabelecer diagnóstico correto parece algo bem corriqueiro no Serviço de Saúde Mental.

Em 2017, Kazhungil et al., avaliaram o perfil clínico, a carga familiar de transtornos psiquiátricos e o nível de funcionalidade em pessoas diagnosticadas com Transtorno Bipolar (TB) em remissão que apresentavam Transtorno

Obsessivo Compulsivo (TOC) em comorbidade e compararam com aqueles obtidos em pacientes com esse transtorno TB em remissão sem TOC. Foram pesquisados 90 pacientes e concluíram que TB-TOC representa uma TB mais grave, com maior disfunção e conseqüente maior carga familiar. Um estudo que traz a dimensão ou as dimensões relativas ao fato de ser-familiar-de-pessoa com transtorno bipolar.

Roza Junior (2016) trabalhou acerca da reinserção de pessoas com transtornos mentais, antes confinadas a Hospitais Psiquiátricos, através das Residências Terapêuticas, mostrando a dificuldade encontrada para que a mesma pudesse ser aceita por seus circunvizinhos além do desafio relacionado à reconstrução da cidadania dos egressos de instituições hospitalares, caracterizando ao final, que este é apenas o começo de um processo de reinserção complexa dessas pessoas.

Reis (2016) investigou a sobrecarga vivida por familiares cuidadores de usuários atendidos no CAPS, com 107 familiares cuidadores e os resultados apresentaram uma relevante presença de sobrecarga nos grupos familiares analisados e a importância do envolvimento de membros da família no cuidado a pessoas diagnosticadas com transtornos psiquiátricos.

No sentido de comparar características familiares de quatro grupo: Crianças com desenvolvimento típico; crianças com transtornos de ansiedade apenas; crianças com transtornos de externalização apenas; e crianças com transtornos de ansiedade e de externalização com 115 pessoas, Flores, Salum e Manfro (2014), identificaram que o grupo que apresentava tanto transtornos de ansiedade quanto de externalização apresentou maior índice de conflito e níveis mais baixos de organização quando comparados aos de desenvolvimento típico. Concluíram que há uma importante e significativa diferença em casos de comorbidades de transtornos de ansiedade e comportamental sugerindo que as crianças com comorbidades são potencialmente candidatas a intervenções familiares em que sejam abordados conflitos familiares e aspectos organizacionais.

Nery-Fwernandes e Miranda-Scippa (2013) revisaram aspectos sociodemográficos, clínicos e neuroanatômicos associados ao comportamento suicida em pessoas diagnosticadas com transtorno bipolar e consideram que a

evitabilidade do suicídio permite inferir que a compreensão existente entre clínica e neurobiologia do comportamento suicida poderá ser de utilidade na prevenção. É, portanto, mister que, os profissionais e os próprios familiares envolvidos com usuários diagnosticados com TB estejam informados e atentos à esse fator, muito presente, na vida dessas pessoas.

1.1.3 Transtornos de Ansiedade

De acordo com o DSM-V os Transtornos de ansiedade incluem: Transtorno de ansiedade generalizada, Ataques de pânico e síndrome do pânico, Transtornos fóbicos específicos, Fobia social, Agorafobia, Transtorno de estresse agudo (TEA) Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores Não Especificado, O transtorno de ansiedade de separação, Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica.

No entanto abordaremos os transtornos que puderam ser identificados durante a pesquisa:

1.1.4. Crises do pânico

O ataque de pânico tem uma resposta particular ao medo, podendo também ser vistos também em outros transtornos mentais. Onde o indivíduo, que geralmente (no Estados Unidos) tem seu primeiro episódio entre 22 e 23 anos entre os adultos, apresenta ataques de pânico inesperados recorrentes, estando persistentemente apreensivo ou preocupado com a possibilidade de sofrer novos ataques de pânico ou alterações desadaptativas em seu comportamento devido aos ataques de pânico. Eles funcionam como um marcador e fator prognóstico para a gravidade do diagnóstico, curso e comorbidade com uma gama de transtornos, incluindo, mas não limitados, os transtornos de ansiedade (p. ex., transtornos por uso de substância, transtornos depressivos e psicóticos). Tendo como Fatores de Risco e Prognóstico, Temperamentais, ambientais, genéticos e fisiológicos. Neste caso foram notadas seguintes características: 1. Apreensão ou preocupação persistente acerca de ataques de pânico adicionais ou sobre suas consequências (p. ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, “enlouquecer”).2. Uma mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionada aos ataques (p.ex., comportamentos

que têm por finalidade evitar ter ataques de pânico, como a esquivas de exercícios ou situações desconhecidas).

1.1.5. Transtorno de estresse pós-traumático

A característica principal do TEPT – (Transtorno de estresse pós-traumático) acontece após a exposição a um ou mais eventos traumáticos, são compreendidos como a revivência do medo, emocionais ou comportamentais, podendo ou não a ser limitado a apenas um fator de exposição por exemplo: Exposição a guerra como combatente ou civil, ameaça ou ocorrência real de agressão física (ataque físico, assalto, furto, abuso físico infantil), ameaça ou ocorrência real de violência sexual (p. ex., penetração sexual forçada, penetração sexual facilitada por álcool/droga, contato sexual abusivo, abuso sexual sem contato, tráfico sexual), sequestro, ser mantido refém, ataque terrorista, tortura, encarceramento como prisioneiro de guerra, desastres naturais ou perpetrados pelo homem e acidentes automobilísticos graves.

Acontece (nos Estados Unidos), o risco ao longo da vida projetado para TEPT usando critérios do DSM-IV aos 75 anos de idade é de 8,7%. A prevalência em 12 meses entre adultos norte-americanos é de aproximadamente 3,5%. Estimativas menores são vistas na Europa e na maioria dos países da Ásia, da África e da América Latina, agrupando-se em torno de 0,5 a 1,0%.

Tempo de duração dos sintomas também varia, com a recuperação completa em três meses ocorrendo em aproximadamente metade dos adultos, enquanto alguns indivíduos permanecem sintomáticos por mais de 12 meses e às vezes por mais de 50 anos, tendo por fatores de risco (e de proteção) divididos em: fatores pré-traumáticos, peritraumáticos e pós-traumáticos.

Os eventos traumáticos do Critério A sofridos diretamente incluem, mas não se limitam a exposição a guerra como combatente ou civil, ameaça ou ocorrência real de agressão física (ataque físico, assalto, furto, abuso físico infantil), ameaça ou ocorrência real de violência sexual (p. ex., penetração sexual forçada, penetração sexual facilitada por álcool/droga, contato sexual abusivo, abuso sexual sem contato, tráfico sexual), sequestro, ser mantido refém, ataque terrorista, tortura, encarceramento como prisioneiro de guerra, desastres naturais ou perpetrados pelo homem e acidentes automobilísticos graves.

1.2. A Psicopatologia

Para compreendermos a dimensão dos termos “loucura” e “louco”, preciso me atrever a realizar um passeio pela história da própria forma como a sociedade tem tratado aqueles que estão imersos nesse aspecto. Assim, o primeiro termo que surge é o “hospício”.

O termo foi, originariamente, o nome dado às casas de hospedagem para viajantes e peregrinos, dirigidas por uma ordem religiosa, nos primeiros momentos da Idade Média (HOLANDA, 2011). Do latim *hospitium* deriva de hospitalidade, que a princípio significa uma casa de hospedagem, com a função de acolher pobres ou doentes. Assim, um lugar onde o viajante poderia encontrar alojamento e mesa, por um tempo. Como se percebe, o que inicialmente era uma casa de acolhimento, passou a significar asilo – no sentido de *asylum*, “refúgio” – e, posteriormente, ganhou a conotação de “asilo de loucos”.

Assim, a loucura ou o fenômeno da psicopatologia, ganha diversos nuances através do tempo. Muitos são os trabalhos – que considero verdadeiros clássicos – já percorreram o histórico da loucura, dentre eles, temos: Michel Foucault (1984, 2000), Erving Goffman (1996), Hervé Beauchesne (1989), Thomas Szasz (1976), Isaías Paim (1993) e Isaías Pessoti (1994).

A psicopatologia apresenta um terreno cercado de mitologias e obscuridades. Como nos diz Pessoti (1994) acerca de uma das possibilidades de compreensão da psicopatologia ou mais especificamente da “loucura” passa pela historicidade do conceito e de sua ideia, pois

Se entendermos a loucura como a perda das capacidades racionais ou a falência do controle voluntário sobre as paixões, uma história da loucura deveria começar, praticamente, com a história da espécie humana (p.7).

Ora, diante dessa assertiva, uma história da loucura pode ser uma história dos “modos de reação ao comportamento estranho” (HOLANDA, 2011, p. 123). Pessotti (1994) afirma que, no decorrer das épocas, os diversos conceitos de loucura apresentam alguns conteúdos similares. Goffman (1988) traz o conceito de *estigma*, ou seja, a segregação sofrida pelo louco por apresentar

comportamento ou linguagem diversa ou diferente do usual, que toma contornos de fato estabelecido a partir da delimitação de um “espaço de segregação” – como descreve Foucault (1984, 2000) – designado pelas instituições manicomiais.

Thomas Szasz (1976) afirma, por sua vez, que o objeto da psiquiatria foi o sofrimento humano, e que esse sofrimento sempre teve de ser arbitrado e controlado. Os métodos de controle, ao longo da história, se caracterizaram pelo uso da força; assim, “controle” transmutou-se em coerção e opressão. O homem ocidental, na tentativa de justificar esses atos lançou mão da ideologia da ciência, em especial a Medicina, a Psiquiatria e as Ciências Sociais. Dessa forma, Pessoti (1994, p.9) nos diz que uma concepção de loucura como um todo unitário, que envolvesse a complexidade das disfunções orgânicas e afetivas, “é relativamente recente na história do conhecimento”.

Deve-se destacar o fato de que a loucura é tão antiga quanto a humanidade (PORTER, 2002). De fato, existem indícios de que, em situações ritualísticas, tenham ocorrido craniotomias há cerca de 5000 anos, provavelmente no sentido de “escapar demônios” (HOLANDA, 2011, p. 124). No que tanger a religião, o Livro de Daniel nos traz a “loucura” de Nabucodonosor, rei da Babilônia.

Na antiguidade encontramos relatos de poetas, especificamente na tragédia grega como um campo de expressão da realidade. Até Sócrates, entretanto, não se desenvolve uma preocupação antropológica pelo termo, uma vez que a leitura da realidade era mais cosmológica. Nesta perspectiva, o papel do homem é de um objeto, à mercê de agentes sobre-humanos: a divindade age num plano cósmico, roubando dos homens a razão. Neste contexto concebem o *thymus* como uma alma funcional que detém como atividades as motivações, aprendizagem, sensações, memória e emoções, tendo em vista que esta estrutura preside as relações entre o organismo humano e o externo a ele, seja físico, social ou transcendental. A *psyché* é um espírito, correspondente à alma; não sente, não opera, não percebe (PESSOTI, 1994).

Como canta Homero, no canto XII de sua obra *Ilíada*: “os deuses podem transformar em néscio o homem mais sensato e dar bom senso ao imbecil”. Isso permite compreender que o homem antigo não é, assim, autônomo, uma vez

que os desempenhos motores, perceptivos ou mentais estão sob um controle superior que, além de transcendente ao homem, é um controle arbitrário, ilógico e confuso.

Em seus escritos Homero traz a loucura como desrazão, perda do controle consciente de si mesmo ou insensatez, sendo sua etiologia mitológica, ou seja, produzida pela ação dos deuses. Podemos considerar que essa concepção adquira o caráter teológico, uma vez que os heróis na realidade não enlouquecem, mas são tornados loucos pelas divindades. É por isso que uma das características da tragédia grega é a projeção das mudanças sociais e econômicas. Regras sociais, normas, todas mudam; e a sociedade passa a ser regida por normas teológicas. É quando se dá a transição das ideias épicas para uma consciência política, a partir da consideração do homem como *zoon polyticon* (PESSOTI, 1994).

Ésquilo, por sua vez, traz a concepção de loucura a meio-termo entre uma visão mitológico-teológica (como em Homero) e uma visão mais antropológica da loucura de Eurípedes. Assim, a loucura é causada pelos conflitos impostos por destinos transcendentais à escolha individual. Enfim, até o final do século II, a loucura, conforme ressalta Holanda (2011) é vista sob três perspectivas: como obra de intervenção dos deuses sobre os homens (Homero); como produto dos conflitos passionais do homem (como nos trágicos); ou como efeito das disfunções somáticas, ocasionadas por eventos afetivos (concepção organicista de Hipócrates e Galeno).

Conforme revelam Szasz (1976) e Foucault (1984) foi bem recentemente que a loucura ascendeu ao status de doença mental, isto é, até o advento da medicina de tradição positivista, o louco ainda era considerado sob o viés de algumas tragédias gregas, um “possuído”, o que se perpetuou na Igreja da Idade Média, a chamada concepção demonológica.

Holanda (2011) fala que as bases da doutrina demonista são oriundas dos Padres Apostólicos e de Agostinho de Hipona. Pessoti (1994) exemplifica essa concepção demoníaca em quadros como o da depressão melancólica,

considerada à época, grave tentação do demônio – entre a quarta e oitava¹ - já que consistia em sentir-se entediado ou triste no serviço de Deus, ou seja, na vida religiosa. Assim, condutas estranhas, discursos desconexos ou comportamentos diferentes, como os dos maníacos, melancólicos, histéricos ou paranoides, passam a ser – em geral – atribuídos a poderes do demônio ou a possessões. Daí o termo usado na Idade Média “louco, portanto possesso”. Obras dos séculos XV e XVI expressam essa visão demoníaca da loucura².

Assim, até o advento da medicina positiva, o louco estava, dessa forma, enredado em uma teia de significações religiosas e mágicas. Com o advento de instituições reservadas aos loucos, o mundo da loucura, segundo Foucault (1994, 2000), passa a ser o mundo da exclusão. São criados os asilos ou os hospitais gerais.

A partir do século XVIII, as reformas surgem em conjunto com o nascimento da psiquiatria médica e com a gênese do pensamento psicopatológico. Surge a patologia e os aspectos diversos da morbidade orgânica. Para Foucault (1984) a Psiquiatria deveria partir da Psicologia, especificamente da Psicologia Médica. Neste contexto surge a Psicopatologia como disciplina geral, enquanto a Psiquiatria se torna sua pragmática ou, como assinala Jaspers (2000) em sua *Psicopatologia Geral*: psiquiatria é a profissão prática, enquanto a psicopatologia seria a ciência em si.

Tatossian & Moreira (2012) definem a psicopatologia como a patologia das doenças mentais ou como estudo, causa ou natureza das doenças mentais. Psic(o) – vindo grego – psyché – que significa alento, sopro de vida, alma. Patologia, afecção, dor, também provem do grego – pathos – que significa doença, paixão. Corroborando com esta acepção Valverde (2011) compreende que Pathos - não pode ser entendido meramente como doença, no sentido em que se contrapõe a ideia de saúde, indo de encontro ao que a Organização Mundial de Saúde entende como díade saúde/doença.

¹ Período compreendido entre as dez horas da manhã e as duas horas da tarde, quando o “demônio do meio-dia” – a indolência, o ócio ou simplesmente a preguiça – segundo Evágrio, atormenta os monges e os frades, conforme citado por Pessoti (1994)

² *Malleus Maleficarum*, de 1486, de Kramer, Sprenger e Institor; *Compendio dell'Arte Essorcista*, de 1576, de G. Menghi; *Compendium Maleficarum*, de 1608, de F. M. Guaccio.

Apesar da discordância entre os historiadores, a maioria concorda com o nome de Théodule Ribot (1839-1916) como o primeiro a lidar com a matéria, provavelmente se referindo à Psicopatologia, em 1881. Beauchesne (1989) assinala que este termo, psicopatologia, foi empregado inicialmente por Emminghaus, em 1878, no sentido de psiquiatria clínica. Como método e disciplina próprios, a psicopatologia surgirá mais tarde com Ribot com o método patológico, o que cria uma psicologia patológica.

A Psiquiatria – tendo como objetivo a doença mental – de acordo com Holanda (2011) teria como fundador verdadeiro Phillippe Pinel (1745-1826), um dos principais alienistas franceses, em suas obras *Nosographie philosophique* (1878) e seu *Traité médico-philosophique de l'alienation mentale ou de la manie* (1801).

Holanda (2011) revela que nessa controvérsia foi necessário compreender a efetiva distinção do objeto da psicopatologia daquele estudado pela psiquiatria, uma vez que, o seu campo (da psicopatologia) é mais restrito e se limita “ao estudo dos fenômenos anormais da vida mental e tem como método a fenomenologia” (p.130).

Atentemos, entretanto, que o uso do termo fenomenologia pela medicina – dentro da tradição do “iátrico” – por fenomenologia entenda-se a descrição sintomatológica, ou a descrição das aparências, daquilo que aparece aos olhos do observador, no que se refere aos quadros patológicos³.

Na filosofia, temos variações e definições específicas do termo fenomenologia. Sob o prisma husserliano, há uma crítica contra a simplificação dos modos de se acessar o mundo e à construção de um método de acesso às essências, portanto, um método que transcende a mera descrição das aparências.

Merleau-Ponty (2011), compreende a Fenomenologia – utilizada na Psicologia – como a descrição da realidade fenomênica tal qual esta se apresenta para uma subjetividade, ou seja, como afirma o filósofo, é uma filosofia que recoloca a essência na existência.

³ Ideia também encontrada na Física, quando os cientistas referem a “descrição fenomenológica”, “fenomenologia física” ou “abordagem fenomenológica” como sendo à descrição pura e simples da realidade tal qual ela aparece como fato.

À primeira concepção, Holanda (2011) designa como fenomenismo: prender-se à descrição do fenômeno, ou seja, confundir o objeto com a descrição dele. Por Fenomenologia (em maiúscula), entende-se a descrição que não se prende à mera aparência, mas realiza-se como modo de acesso a uma realidade transcendente, que vai além do simples aparente, alcançando as significações. Conforme pode-se observar, ao referenciarmos o arcabouço teórico gestaltista, fenomenismo seria tomar as partes como representação do todo; e Fenomenologia seria tomar o todo por referência e estas partes numa correlação com o todo.

Várias obras são citadas como as que iniciam a psicopatologia⁴. A evolução desta ciência é reportada através de obras de Kretschmer, em 1954 em *Psicologia Médica* ou nas *Vinte aulas de psicologia médica*, de Heuyer, de 1966. A primeira cátedra surge em 1905 com George Dumas. Uma obra considerada fundante é a de Karl Jaspers (1913) *All-gemeine Psychopathologie* ou *Psicopatologia Geral*, que marca o início da chamada psicopatologia fenomenológica.

Ludwig Binswanger, psiquiatra austríaco concebe que a Psicopatologia deve ser *fenomenológica*, na direção de uma objetivação da compreensão das modalidades existenciais dos pacientes, elucidando os sentidos dos seus sintomas. Para ele, a doença mental seria um fenômeno biográfico, passível de uma interpretação “fenomenológico-antropológica” (BINSWANGER, 1977).

Seu ponto de partida são as denominações e descrições clínico-psiquiátricas dos sintomas, no sentido de compreender transformações e formas existenciais, percebendo-lhes as condições de possibilidade do paciente, para que o psiquiatra possa extrair os sintomas ou as características diagnósticas. É uma visão antropológica da doença, de onde retira-se o juízo médico e do estado de coisas psiquiátrico, para alcançar quadro mais amplo (mais próximo no sentido filosófico) da estrutura existencial ou do ser-no-mundo humano, ou seja, precisamos descobrir a estrutura particular do *Dasein* (ser-no-mundo), para alcançar a compreensão dos modos como ele assume seu *Sosein* (ser-assim) (BINSWANGER, 1977)

⁴ Jean-Éthiennet Esquirol (1772-1840) *Traité des maladies mentales*, de 1838; Wilhelm Griesinger (1817-1868) *Patologia e terapêutica das enfermidades psíquicas*, em 1845.

A partir deste momento torna-se necessário conhecer os parâmetros da psicopatologia fenomenológica no sentido de que o leitor compreenda a dimensão do olhar sobre o transtorno mental a partir da Fenomenologia.

1.3. A Psicopatologia Fenomenológica

Antúñez, Acharán, Faizibaioff e Espíndula (2018) revelam que em busca da compreensão da complexidade do ser humano e suas psicopatologias, alguns psiquiatras europeus, beberam na antropologia fenomenológica em suas pesquisas clínicas e filosóficas. Daí, como resultado epistêmico de tal empreendimento, surge a psicopatologia fenomenológica.

Karl Jaspers é responsável por inaugurar a direção fenomenológica na investigação psiquiátrica através, primeiramente, de um artigo publicado em 1912 intitulado *Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie* e o marco desta ciência, o livro *Psicopatologia Geral*, publicado em 1913.

Certamente, também é atribuído a Binswanger este título. Contudo, o nascimento de uma psicopatologia fenomenológica, formal e objetivamente, se dá no dia 25 de novembro de 1922, na 63ª Sessão da Sociedade Suíça de Psiquiatria, em Zurique, com a filiação de Ludwig Binswanger e Eugéne Minkowski, como aponta Tatossian (2016).

A história da psicopatologia fenomenológica remonta, contudo, à publicação de Dilthey (1833-1911) do texto *Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie*⁵ momento em que este autor confronta os métodos da Psicologia, e dá bases para o início do desenvolvimento da psicopatologia fenomenológica.

Buscava a fundamentação epistemológica das chamadas ciências do espírito, onde se encontrava a Psicologia. Surge daí a distinção entre psicologia explicativa e a psicologia compreensiva. A partir desse momento estabelece distinção entre as ciências do espírito e as ciências da natureza. Nas primeiras seu objeto se apresenta vindo de dentro, como uma realidade ou uma conexão viva – a vivência; nas segundas o objeto se apresentam à consciência dispersos,

⁵ Ideias para uma psicologia descritiva e analítica (DILTHEY, 2002)

vindos de fora. Assim, para este autor, na psicologia, a conexão é dada de um modo originário e constante na vivência: a vida está presente em toda parte como um só nexos, levantando o método, para esta ciência, como descritivo e analítico. Acreditava assim que o alvo da psicologia é retratar a totalidade.

Para esse autor, como ressalta Holanda (2011), o alvo da psicologia é a observação, a compreensão, para depois expor com clareza o que foi visto vagamente na primeira compreensão. O primeiro a colocar em prática esta perspectiva foi Karl Jaspers e, sedimentou o método fenomenológico em sua obra máxima, já anteriormente citada.

O método e o valor da psicopatologia fenomenológica de Jaspers são constituídos na descrição – exata e exaustiva – do que o paciente psiquiátrico está experienciando e daquilo que lhe vem à mente.

A partir de tais concepções, Jaspers nos permite ter um olhar diferenciado sobre o humano, respeitando sua diversidade e suas especificidades, seus sistemas relacionais e nucleares que impactam no desenvolvimento da pessoa, pensando no humano sob o viés de uma perspectiva inclusiva, como ressalta Teixeira (2014).

É importante pontuar de que forma Jaspers atribuía o sentido a Psicopatologia e com o que ela deveria realmente se preocupar. Como as críticas que ainda hoje são desprezadas nas mais diversas áreas que envolvem Psicologia e Psicopatologia

Jaspers pensou sobre o sentido da Psicopatologia, i.e., que função teria o adoecer psíquico. Este factor continua hoje a ser uma procura essencial da Psicopatologia não “cérebro centrada” e não “fármaco centrada”. É óbvio que, nestes tempos, esta procura é secundarizada pelo discurso dominante na academia e na sociedade. Para este discurso o que interessa é catalogar o sujeito num qualquer sistema de classificação de doenças mentais, preferencialmente no modelo DSM, cada vez mais cuidadoso em considerar doença tudo o que possa ser medicado i.e., a quase totalidade da vida psíquica do humano. Um dos instrumentos fundamentais para lutar contra a contração na doença, olhando o humano como estando doente, transitório, e não como sendo doente, definitivo, é o retomar do pensamento de Jaspers. (TEIXEIRA, 2014, pag.12).

Nota-se que todo conceito de psicopatologia gira em torno da noção de normalidade como revela Feijoo (2016). Para os cientistas modernos o próprio é

o saudável, um estado de equilíbrio, homeostase, sendo de ordem biológica ou psíquica. Já o impróprio seria o patológico, o que foge das normas e manifesta-se como patologias psíquicas ou biológicas que recebem classificações de acordo com os sintomas que estão citados em manuais e que seguem códigos correspondentes a doenças mentais, dessa forma a existência seria dada a partir de manuais que descrevem, caracterizam e determinam o comportamento normal do comportamento patológico.

Concordando com o exposto no parágrafo anterior, a concepção fenomenológica concebida por Tattosian (2016), apresenta uma visão entre o patológico e humano e não entre patológico e normal, uma vez que a norma fenomenológica diz respeito aos fenômenos e que o objeto da psicopatologia não é o simples desvio de comportamento, clarificando que o comportamento está potencialmente presente no ser-humano, dessa forma, a presença de um olhar mais amplo sobre o humano e sua humanidade.

Alguns trabalhos são apontados como enfoque descritivo das formas existenciais, dentre eles: *Lebensfunktion und innere Lebensgeschichte*⁶, *Geschehnis und Erlebnis*⁷. Outros trabalhos estão relacionados ao estudo do tempo, e destacam-se: *Zeitbezogenes Zwangsdanken in der Melancholie*⁸, *Das Zeiterlebnis in der endogenen Depression und in der psychopathischen Verstimmung*⁹. Os mesmos autores publicaram textos distintos sobre o espaço: *Die Weste des Zwangskranken*¹⁰ *Ein Beitrag zur Pathologie der Zwangsercheinungen*¹¹. F. Fischer foi o primeiro a utilizar o binômio Husserl-Binswanger à esquizofrenia, em textos de 1929 sobre a psicopatologia do tempo e em 1934 sobre a relação entre espaço e paciente esquizofrênico (VAN DEN BERG, 1966).

Para Spiegelberg (1972) o inédito surge: a nova “antropofenomenologia” de Binswanger, Straus e Von Gebattel. Binswanger “quebra” as fronteiras da fenomenologia jaspersiana com seus estudos sobre a história da vida. Assim, a

⁶ Função vital e história interna da vida de Binswanger, de 1928

⁷ Acontecimento e experiência de Erwin Straus, de 1930

⁸ Pensamento pressionado ao tempo na Melancolia, de V. E. Gebattel, de 1928

⁹ A experiência do tempo na depressão endógena e no desgosto psicótico, de Straus, 1928

¹⁰ O colete do patológico, de Von Gebattel, de 1938

¹¹ Uma contribuição para a patologia das compulsões, Straus, de 1938

nova antropologia caminha em direção ao estudo do homem em sua totalidade normal e anormal, tal qual experiência a si mesmo em relação ao mundo. Ao aproximar-se de Heidegger, desenvolve a singularidade do seu pensamento.

Binswanger (1881-1966) tem uma trajetória caracterizada por Spiegelberg (1972) composta por quatro etapas: a) uma fase pré-fenomenológica; b) uma primeira fase husserliana; c) a fase heideggeriana; e d) uma segunda fase husserliana. Este último momento está presente a busca de uma nova concepção de método de investigação – uma nova compreensão de homem – não mais alicerçada em quaisquer teorias (mecanicista, biológica ou mesmo psicológica), mas dirigida para uma elucidação puramente fenomenológica da articulação da existência como ser-no-mundo, como *In-der-Welt-sein*. Inicia a compreensão analítico-existencial das formas de existência esquizofrênica, retirando as doenças do quadro de juízos biológicos e colocando-as numa perspectiva mais ampla, qual seja, a ser “estrutura existencial”, de ser-no-mundo humano, trazido à luz pela analítica existencial de Heidegger (HOLANDA, 2011).

Outro autor cujo pensamento é considerado como um dos mais marcantes na psicopatologia é Eugene Minkowski, francês, que em 1933 publica um expressivo texto que aborda a psicopatologia da percepção temporal intitulado *Le temps vécu*¹². Propõe uma “fenomenologia genético-estrutural”, na qual busca esclarecer as conexões e inter-relações das vivências patológicas, identificando a estrutura sob a qual se organiza essa vivências. Cardinali (2002) revela que Minkowski em seus estudos sobre os pacientes melancólicos, assinala que os sintomas devem ser entendidos a partir da experiência básica do tempo e aponta a melancolia como um refluxo na corrente do tempo, assim como, em seus estudos sobre esquizofrenia conclui que a perturbação básica está relacionada com a perda do contato vital com a realidade.

Na França, a Fenomenologia conhece ainda grandes avanços a partir dos trabalhos de Jean-Paul Sartre, em especial após a publicação de *L'Être et néan* (*O Ser e o nada*) em 1943. Outros pensadores que seguiram a mesma linha sartreana foram Maurice Merleau-Ponty, Emmanuel Mounier, Georges Gusdorf

¹² O tempo vivido. Estudos fenomenológicos e psicopatológicos.

e Henry Ey com sua publicação em psicopatologia intitulada *L'évolution psychiatrique*.

Na Holanda a psiquiatria sofre grande impacto a partir das conferências de Husserl em 1928. Assim, encontramos H.C. Rümke (1893-1968) usando a antropologia de Binswanger para compreender a fenomenologia do sentimento da alegria e os franceses Minkowski e Sartre para estudar a compulsão. No Brasil, o nome mais reconhecido é o de Jan Hendrick Van der Berg, em especial a partir da tradução de sua obra *O paciente psiquiátrico, esboço de uma psicopatologia fenomenológica*.

Cumprir destacar a diferença, e posso afirmar divergência, entre os movimentos fenomenológicos na Europa e nos Estados Unidos. Na Europa é uma vertente mais filosófica, enquanto que entre os pensadores americanos existe a vivência de uma psicologia mais social e pragmática, o que levou a interpretações conflitantes – daí a divergência citada anteriormente – entre os modelos. Nos Estados Unidos, o crescimento do pensamento fenomenológico ocorre a partir da primeira publicação do *The journal of Existential Psychiatry* (1960), *Review of Existential Psychology and Psychiatry* (1961), *Journal of Phenomenological Psychology* (1971).

O crescimento da Fenomenologia nos Estados Unidos tem grande avanço a partir da Segunda Guerra Mundial. Na década de 1970, a University of Duchesne se torna o principal centro de divulgação e pesquisa em Fenomenologia, em que se destacam os trabalhos de Amedeo Giorgi.

Para concluir este momento da escrita, vale ressaltar que a partir da concepção de homem como um ser que se projeta (ser-aí), que dá significado ao mundo (*Dasein* heideggeriano), que se encontra sempre em situação, a psiquiatria e a psicologia fenomenológica vão aplicá-la à análise da questão da psicopatologia: por detrás do doente, há o homem.

Dessa forma, trata-se de resgatar a antropologia na situação de análise. Heidegger oferece os subsídios para essa antropanálise, estruturada por Binswanger, para quem o homem não poderia ser objeto da física, ou seja, não bastaria remover a causa para desaparecerem os efeitos. Há algo além, algo mais, o *significado*. A psicopatologia é, dessa forma, revisitada sob o prisma da

ontologia, como pode ser percebido no pensamento de Medard Boss, para quem a neurose é o fechamento para a possibilidade do ser.

A Fenomenologia ainda influencia – direta ou indiretamente – diversas correntes psicológicas (na maioria, psicoterápicas), tais como a Logoterapia de Viktor Frankl; o Psicodrama de J.L. Moreno; a Gestalt-Terapia de Fritz Perls; e a Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers (HOLANDA, 2011).

A proposta teórica de Edmund Husserl teve desdobramentos a partir daqueles considerados seus maiores seguidores. Considerando que trabalharei a vivência de usuários e familiares adscritos no sistema de saúde mental, optei pela proposta teórica de Martin Heidegger em sua obra: *Ser e Tempo*, cujo pressupostos apresentarei a partir deste momento.

1.4. A Fenomenologia: parâmetros iniciais

No início do século XX, nasce a fenomenologia como movimento filosófico, a partir da obra de Edmund Husserl - *Investigações Lógicas*, (1859-1938) (VIDOTTI, 2017). Esse movimento filosófico surgiu como uma crítica ao positivismo e o método experimental, que apenas observava o fenômeno empiricamente pesquisado (FORGHIERI 2011; CASTRO, 2009; 2017). A fenomenologia tem um marco a partir do momento em que Husserl apresenta a elaboração e o desenvolvimento da ideia de “crise” e suas discussões sobre o projeto de uma “ciência rigorosa”, ideias que vieram suscitar novos pontos de vista acerca dos fundamentos da ciência, especificamente como a “Crise” das ciências europeias, que é compreendido pelo mesmo autor como o fracasso das ciências naquilo que concerne ao entendimento ou compreensão do humano, além de ressaltar sua crítica a essas ciências por terem se transformado em técnica (HOLANDA, 2014).

Etimologicamente, fenomenologia é derivada das palavras de raiz grega *phainomenon* (fenômeno) e *logos* (ciência ou estudo). É, portanto, o estudo ou ciência do fenômeno, ou seja, aquilo que se manifesta, que “se mostra”, “que vem à luz”, “aquilo que aparece” para uma consciência (PEREIRA & CASTRO, 2019; CASTRO, 2017; HOLANDA, 2014; TOURINHO, 2011; FERNANDES; 2011; GOTO, 2008; MULLER-GRANZOTTO & MULLER-GRANZOTTO, 2012;

DARTIGUES, 2005; BELLO, 2004). Assim, sua proposta foi um retorno “as coisas mesmas”.

O fenômeno não é compreendido como o objeto de uma experiência, o aparecer do objeto para a consciência. Desse modo não é tratado como um dado em si, independente da experiência, uma vez que está sempre correlacionado à determinada vivência (GIORGI & SOUZA, 2010; HOLANDA, 2014). Deste modo, o fenômeno sempre será dado através da perspectiva de quem o vivencia, sempre em relação a uma subjetividade, única e singular (HOLANDA, 2014).

Como crítica à psicologia objetivista e experimental que – como as demais ciências –, buscava o conhecimento absoluto ignorando a subjetividade. Ao propor isto, a ciência constrói uma imagem de homem que não condiz com a sua realidade. O homem não é uma coisa entre as coisas, e como tal não pode ser assim considerado. O mundo é um objeto intencional com referência a um sujeito pensante. (HOLANDA, 2014)

Nesse sentido, a Fenomenologia pode ser compreendida como o processo de desvelar os sentidos, compreendendo o mundo da forma como se apresenta à consciência, como fenômenos dotados de significados (HOLANDA, 2009).

Para Husserl, a Fenomenologia era uma nova forma de fazer filosofia, na qual se deixam de lado especulações metafísicas abstratas para se entrar em contato com as “próprias coisas”, com destaque à experiência vivida (MOREIRA, 2002). Pode ser compreendida como um método que pretende chegar ao fenômeno, a fim de captar sua essência (FORGHIERI, 2011). Seu objetivo seria a investigação e a descrição de fenômenos que são experienciados pela consciência, com enfoque exclusivo a eles, deixando de lado o uso de teorias, pressuposições, explicações casuais e preconceitos, explorando simplesmente o fenômeno tal como é dado à consciência (MOREIRA, 2002; VALLE, 1997). Seu objetivo não será a verificação e o estabelecimento de relações causais, mas a construção de uma compreensão de algo (AMATUZZI 2011; VALLE, 2001).

Desta forma, emerge o conceito de intencionalidade elaborado por Husserl, como apresenta (PEIXOTO, 2011), que para a fenomenologia toda consciência é consciência de alguma coisa e deste modo se é intencional, um ato de visar, de abarcar algo. A intencionalidade é um transcender, é objetivar

uma outra coisa que não seja a própria consciência, por isso podemos considerar como vivência, consciência e mundo.

Peixoto (2011, p. 28) ressalta a proposta de Husserl no acerca do conceito de intencionalidade em que este último revela:

Não significa nada mais que essa particularidade fundamental e geral que a consciência tem de ser consciência de alguma coisa, de conter, em sua qualidade de cogito, seu cogitatum em si mesma.

O fenômeno pode ser encontrado no *mundo-vivido*, experiência básica do ser humano (FORGHIERI, 2011). De acordo com Valle (1997), “por *mundo-vivido* Husserl designa a “presença imediata do homem à realidade, o mundo cotidiano no qual a vida se desenrola, o mundo tal como é encontrado na experiência cotidiana, cenário de todas as atividades humanas” (p.35). Deste modo, para a autora, o fenômeno se mostra ao se experienciar o mundo. A consciência desta coisa que se mostra é o que permite ao homem ver o objeto (VALLE, 1997). A importância de se mostrar o fenômeno da forma como ele se mostra consiste em trazer para o nível da consciência o que antes era vivido apenas de forma pré-reflexiva (AMATUZZI, 1996). O fenômeno inclui todas as formas de se estar consciente de algo, como pensamentos, sentimentos, desejos e vontades, sendo tarefa da Fenomenologia investigar como algo percebido, recordado, representado, simbolizado, apresenta-se (MOREIRA, 2002).

Por fim, destaca-se que a pesquisa fenomenológica pode ser compreendida como uma forma de pesquisa qualitativa que “designa o estudo do vivido, ou da experiência imediata pré-reflexiva, visando descrever seu significado; ou qualquer estudo que tome o vivido como pista ou método. É a pesquisa que lida, portanto, com o significado da vivência” (AMATUZZI, 1996, p.5). A pretensão se uma pesquisa fenomenológica seria, portanto, conhecer melhor determinado objeto – objeto da experiência consciente –, no caso da Psicologia, um mundo vivido comum, situado em redes significativas associadas (GOMES, 1998). Assim, a Fenomenologia, em busca da experiência vivida, como fundamento teórico e metodológico, apresenta-se como um modelo adequado para as ciências humanas, sociais e da saúde quando estas buscam

investigar o sujeito em seu contexto de vivência, tendo o homem como protagonista (SANTOS, 2016; ANDRADE & HOLANDA, 2010).

A seguir, trarei os parâmetros da fenomenologia de Martin Heidegger minha base de análise das entrevistas.

1.5 A Ontologia Hermenêutica de Martin Heidegger: pressupostos

O filósofo alemão nasceu na cidade de Messkirch em 26 de setembro de 1889, região de Baden (sul da Alemanha). Teve sua formação filosófica realizada na Universidade de Freiburg-im-Breisgau. Nessa instituição foi aluno de Edmund Husserl, criador do método fenomenológico e de Ricket, estudioso da Filosofia da Grécia Antiga. A partir da leitura de Brentano na obra "Sobre os diversos sentidos do ente segundo Aristóteles" há um despertar de seu interesse pela Filosofia. Estudou obras de Nietzsche, Kierkegaard e Dostoiévski, além do interesse por Hegel e Schelling, pelos poemas de Rilke e Trakl e pelas obras de Dilthey. Tais estudos levaram-no a questionar a orientação da metafísica ocidental (CASTRO, 2009; 2017).

Este pensador pretende e recoloca a questão do Ser, um dos pilares fundamentais da filosofia. O filosofar heideggeriano é uma interrogação constante sobre essa temática.

Heidegger (2013) propõe-se a tratar da questão do sentido do Ser, ou seja, buscar a noção de homem em sua singularidade a partir do que chamou de Dasein (pre-sença) que, como totalidade estrutural, se mostra na cotidianidade mediana, imprópria e impessoal, porém sempre como abertura para possibilidades de outras formas de vir a ser-no-mundo, quais sejam: próprias e impróprias. A pre-sença constitui-se num ente aberto às possibilidades, logo, em liberdade em seu modo de ser. Assim, a expressão "ser-no-mundo" aponta, primeiramente, para um fenômeno de unidade, e é desse modo que devemos compreendê-la. Ser-no-mundo deve ser entendido como uma estrutura de realização do Ser.

Em "Ser e Tempo", Heidegger (2013) faz uma abordagem, a partir do método fenomenológico, sobre a questão do Ser, de onde faz seu ponto de partida. Através do próprio homem, o filósofo aponta que esse é o caminho pelo

qual o Ser se dá a conhecer. A solidão do homem propicia o interrogar-se a si mesmo, colocando-se como centro da questão e, assim refletindo sobre ele mesmo, é quando o Ser se mostra, o ser se des-vela. Desvendar o ser em si mesmo, partindo da existência humana (*Dasein – Ser-aí*) é o objetivo da reflexão filosófica deste autor.

Para este filósofo, o Ser do homem não pode ser identificado através da objetividade, sofrendo o reducionismo da filosofia ocidental. O *Dasein* não pode ser considerado como, uma vez que ele é o ente que possui o ser-das-coisas, para o qual as coisas estão presentes, O *Ser-aí* é um ser de possibilidades, é sempre aquilo que pode ser.

Assim, observa-se em sua obra *Zein und Zeit* (Ser e Tempo, 2013), o retorno da filosofia para o ser (ontologia), que, doravante, estaria aberto, livre, pronto para eleger o que frente a ele se apresentasse. "Ser-no-mundo é morar no mundo", e não estar tenuamente ligado a ele. "Ser", para Heidegger é ser as próprias possibilidades: é fazer-se ser. Alguns aceitam as coisas assim como são, sobrevivem apenas, "vivem" o seu cotidiano sem grandes inquietações, sem voltar-se sobre si mesmos. Outros, ao contrário, "existem", testam os limites da vida, lançam perguntas, indagam, enriquecem o ser, angustiam-se, querem fugir do tédio e da ansiosidade, sensibilizam-se.

Na primeira parte de "Ser e Tempo", Heidegger (2013) descreve a vida cotidiana do homem, considerada por ele como uma forma de existência inautêntica constituída por três aspectos: facticidade, existencialidade e ruína. A inautenticidade refere-se ao distanciamento do homem de sua condição real, de como ele se ocupa do mundo e distrai-se de sua condição enquanto um ser mortal. A autenticidade é justamente quando o homem pode conviver com sua condição enquanto ser-para-a-morte. O homem é um ser de possibilidades infinitas, as quais ele vai "escolhendo" realizar enquanto vive, mas esta possibilidade da morte é a única que lhe é dada como certa. Na segunda seção de sua obra, surge a noção de *angústia*. Esta se faz presente quando o homem passa a assumir-se nesta projeção futura da morte. A angústia, segundo Heidegger, possibilita que o homem possa resgatar-se do viver cotidiano indo ao encontro de sua totalidade. Ela está sempre presente tanto no distanciamento

quanto na aproximação do eu, podendo ser vivida como medo no distanciamento.

O filósofo vai fazer referência acerca do que denomina com o termo existencial. Primeiramente, existencial diz respeito ao ser-no-mundo, estrutura de realização que possibilita a “visão penetrante da espacialidade da *pre-sença*” (HEIDEGGER, 2013, p.94). Outro existencial é o *ser-em* que transcende a noção ôntica da inclusão no espaço; que diz respeito a um estar junto, lançado em um mundo que se habita, sem que se possa ter tido a possibilidade da escolha, e este estar-lançado da *pre-sença* em um mundo que não foi escolhido e que, por sua vez, pode revelar-se inóspito ou não, Heidegger nomeia como facticidade.

Heidegger (2013) caracteriza a facticidade do *Dasein* como sendo o ser lançado em um mundo sem que lhe seja propiciada a possibilidade de escolher país, cidade, família e classe social. Dessa forma, o *Dasein* estará submetido a contingências políticas, econômicas e sociais, culturais e históricas (CASTRO, 2009).

Outro elemento vem juntar-se aos anteriores: mundo. Em relação a isto, Heidegger vai fazer uma distinção acerca da concepção de mundo considerado ôntico e ontologicamente. Assim, enquanto no conceito ôntico, mundo é o elenco das coisas que nele estão, configuradas e descritas, ao conceito ontológico, para conceituar mundo de acordo com Heidegger torna-se necessário compreender outro termo, mundanidade. Segundo o próprio autor, mundanidade constitui-se “na estrutura de um momento constitutivo do ser-no-mundo” (HEIDEGGER, 2013, p.104), ou seja, no dizer de Forghieri (2011, p.29) “o conjunto de relações significativas dentro do qual a pessoa existe”. A *pre-sença*, assim compreendida, não existe por causa do mundo ou o mundo por sua causa, mas já se encontra num mundo, como parte essencial de sua existência, portanto, daí o termo ser-no-mundo.

Três esferas fundamentais e simultâneas constituem a espacialidade existencial da *pre-sença*: o mundo circundante, o mundo das relações e o mundo pessoal, sendo o primeiro (mundo circundante) o relacionamento que o homem estabelece com o meio, com o ambiente, e envolve tudo o que de concreto está presente nas situações vivenciadas pela pessoa.

Heidegger (2013) considera que tendo em vista a existência se revelar como a essência da *pre-sença*, esta somente poderá ser analisada em sua relação com os outros, ou seja, a partir de seu mundo de relações. O autor considera esta como a mais fundamental característica do existir humano.

Heidegger (2013) apresenta ainda outro termo: preocupação. A preocupação remete ao ser como co-presença dos outros no encontro que se realiza no mundo das relações. Também designado como solicitude, pode apresentar-se autêntica ou inautenticamente. Inautêntica quando domina e faz do outro dependente, realizando as suas escolhas por ele, caracterizando um “saltar sobre o outro”. Autêntica, quando possibilita o processo de crescimento do Ser, não o substitui, caracterizando um “saltar diante do outro”, possibilitando ao outro ser ele mesmo.

O pensamento heideggeriano se aprofunda ainda mais distinguindo outros termos que caracterizam o ser-no-mundo: disposição, compreensão e discurso. A disposição ou humor é o existencial a partir do qual a *pre-sença* se depara com sua abertura, com sua possibilidade. A compreensão, por sua vez, revela a *pre-sença* a si própria, tornando-a capaz de ser, conduzindo-a às suas possibilidades, uma vez que possui a estrutura existencial de projeto, que se refere à abertura do ser-no-mundo e, desse modo, de acordo com Castro (2009, p.45) “na compreensão do mundo se faz compreendida, então, a própria existência”. O discurso, por sua vez, é onde o fenômeno se mostra a si mesmo.

Heidegger, em *Ser e Tempo*, a partir do fenômeno da morte, tal como se mostra em seu pensamento, se afastará da concepção mecanicista e exterior até então vigente. O seu ponto de partida é a interpretação da morte como um fenômeno da vida. “A morte – assinala Heidegger (2013, p. 245) – no sentido mais amplo, é um fenômeno da vida”. Para quem é obstinado a vida continua a ser só vida. Para eles a morte é morte, e somente isso. Mas, o ser da vida é, ao mesmo tempo, o ser da morte. Percebe-se que tudo o que começa a viver, também começa a morrer, ou seja, a morte é, simultaneamente, vida.

O interesse de Heidegger (2013) no que concerne à morte não reside tanto na determinação da morte como um sucesso terminal ou meramente pontual – o ato mesmo de morrer – quanto à presença da morte em um continuum vital. Dessa forma, o que interessa a Heidegger não é tanto a morte

ser um acontecimento terminal, mas à morte ser uma estrutura da existência humana. O que interessa, na realidade, não é uma análise ôntica da morte, mas uma análise ontológica ou, como ele denomina, uma análise existenciária. A compreensão ontológico – existencial revela a morte como uma estrutura do ser do homem, um existencial do próprio homem em sua estrutura existencial de ser-para-a-morte.

Heidegger (2013) distingue o tempo como uma questão a ser considerada. Na temporalidade existe a dimensão que, no pensamento heideggeriano, é fundamental da existência humana, uma vez que é aí que o Dasein encontra condição de realização em suas possibilidades de vir-a-ser. Na reflexão deste filósofo há sempre, no Dasein, uma tensão constante, presente, resultando em uma inquietação relativa ao tempo, entre aquilo que o Ser-aí é, o seu devir e seu passado. A vivência da temporalidade pode dar-se na inautenticidade assim como na autenticidade. A vivência da autenticidade da temporalidade dá-se através da inquietação, que possibilita com que o homem ultrapasse o estágio da angústia e retome o seu destino em suas próprias mãos. A inautenticidade dá-se no distanciamento de si próprio, como se fosse levado pelo destino.

Alguns conceitos/ideias são considerados fundamentais na Ontologia Heideggeriana. Dentre estes podemos citar: viver como homem é jamais alcançar qualquer fixidez; afinal, habitamos num mundo inóspito, somos lançados no mundo e ser-no-mundo como homens é habitar essa inospitalidade. Assim, no pensamento deste filósofo a não-pertença ao mundo, seja este natural ou artificial, é vivido pelo homem como uma experiência de desalojamento, desamparo que ele quer a todo custo superar. Entretanto, este desamparo é a condição de liberdade para o próprio homem (CASTRO, 2009; 2017; PEREIRA; CASTRO, 2019).

Considerando estes aspectos, Heidegger ressalta ainda em Ser e Tempo (2013) que a experiência da vida é, originalmente, a experiência da fluidez constante, da mutabilidade, da inospitalidade do mundo, da liberdade e que a segurança não está em parte alguma. Contudo, em seu pensamento não caracteriza, este aspecto anteriormente descrito, como deficiência do existir

como homens, mas sua condição, quase como sua natureza. Para o filósofo o Ser do homem pode ser conhecido a partir de seu discurso.

Trabalhar com o discurso significa opção pela linguagem e em Heidegger (2003), a linguagem não é apenas um meio de expressão ou, como ele mesmo diz: o meio de um organismo se manifestar. Ao afirmar que a linguagem é a morada do ser é porque, para ele, o que existe antes de tudo é o Ser, sendo que o pensamento pode pro-mover a relação do Ser com o homem e a linguagem é parte decisiva desse encontro. Para pensar a linguagem é preciso penetrar na fala do Ser, a fim de conseguirmos morar na sua linguagem, isto é, na fala de outro Ser e não na nossa. Somente assim é possível alcançar o âmbito no qual pode ou não acontecer que, a partir desse âmbito, a linguagem do outro nos confie o modo de ser desse outro, a sua essência. Entregamos a fala à linguagem. Dessa forma, “não queremos fundamentar a linguagem com base em outra coisa do que ela mesma nem esclarecer outras coisas através da linguagem”. (HEIDEGGER, 2003; p.9).

Pensar a linguagem significa alcançar de tal modo a fala que essa fala aconteça como o que concede e garante uma morada para a essência, para o modo de ser dos homens.

A dificuldade da resposta, se é que existe, está exatamente em tornar demonstrável algo já dado que apenas se revela, isto é, desvela o já existente e inerente ao ente. O ser humano ao ser lançado no mundo, sem a sua participação, “nu”, torna-se a própria angústia. O Dasein, o próprio ser do sujeito existente, conforme Heidegger (2013) é o objeto sobre o qual recai a inquietação. Esse *estar-aí* concreto, singular e inacabado, instável, tem consciência de que pode ser sempre mais, que é potência, aristotelicamente falando, mas que não basta a si mesmo. Não é ato. É projeto, possibilidade, salto no abismo.

Enquanto que as coisas singulares pertencem ao mundo uma vez que se inserem numa rede de correspondências, de significações (cada coisa é remetida para outras, como efeito, como causa, como instrumento, como sinal, etc.), o mundo como tal, no seu conjunto, não tem correspondências, é insignificante; a angústia registra esta insignificância, a gratuidade total do fato do mundo existir. A experiência da angústia é uma experiência de 'desenraizamento'.

Vale dizer, ser-no-mundo é pertencer ao mundo, sem, contudo, se reconhecer pertencendo. É não se sentir em casa como diz o próprio Heidegger (2013), quando se refere à estranheza na angústia. Na angústia se está estranho. Eis a *pre-sença* na angústia. A tempestade do ser (CASTRO, 2009).

Um ponto fundamental em Heidegger (2013) é no que se refere ao cuidado como constituindo a própria dimensão do ser da *pre-sença*, o pôr-se para fora: é o *ec-sistir*, movimento do existir. O cuidado - como processo de constituição da *pre-sença* - se dá no acontecer, isto é, no tempo. Cuidar constitui-se no exercício da pre-ocupação com o acontecer. O cuidado constitui-se no movimento do existir, na abertura do ser do ente. O fechamento do ser do ente, a “escassez” da *ek-sistência*, significa dizer que se é mais do “ente” do que do “ontos”.

No percurso da análise, sob a lente da Fenomenologia Existencial possibilita-se ao pesquisador assumir o lugar de mensageiro do discurso do sujeito, num processo mútuo de corresponder e des-prender, tal como entendido por Heidegger em sua perspectiva ontológica. No corresponder, a fala se desprende quando escuta. No des-prender, a escuta se dá simultaneamente com o responder. Compreende-se que é deste modo que se dá o processo de “escutas e falas” do pesquisador e do participante.

A ontologia hermenêutica de Heidegger é que serve de base à análise dos dados e se dá no sentido de compreender esse acontecer “ontos” e ente, no sentido do cuidado. Trata-se de que se exerça o *pre-ocupar-se*, com o pesquisador participando do acontecer do participante. Na compreensão, cuidando do acontecer, acontece o reconhecimento do sentido mais próprio ou impróprio do verbalizado pelo outro. Ocupar-se do acontecer e do cuidar. Assim, entrega-se o ser-aí às suas possibilidades mais próprias, ao mesmo tempo em que se entrega o homem ao mundo, constituindo-se num estar-lançado. O mundo próprio constitui-se com suas próprias possibilidades e limites. A pesquisa, nesta perspectiva, não pensa em termos de realidade, mas de possibilidades. Nada é *a priori*.

Poderia, neste momento, de modo a tornar mais clara o pensamento de Heidegger, apresentar os conceitos fundamentais de sua teoria e que, a meu ver, necessários para a compreensão da análise a que me proponho: *Dasein*,

Ser-Aí, compreensão, ser-no-mundo, ser-com-o-outro, mundo, facticidade, afetividade, disposição, Cuidado.

Castro (2017) compreende o *Dasein* – *Ser-Aí* – como o fundamento de que cada um de nós faz parte do mundo, estamos neste mundo, habitamos o mundo, ou seja, fazemos parte do mundo. O mundo não está dissociado de mim, ou seja, não há um mundo lá e eu estou aqui. Para Heidegger (2013) torna-se necessário refletir acerca do fato de que todos nós lançados neste mundo, no que designamos vida, cotidiano (cotidianidade mediana), imersos em todas as situações que vêm ao nosso encontro, sem que tenhamos controle sobre quaisquer uma delas, as *facticidades*.

O termo acima apresentado foi elaborado no sentido de que não conseguimos ir além da situação que está sendo vivenciada. Entretanto, precisamos compreender que, por exemplo, passado, como o próprio termo indica, está lá atrás, em algum lugar, muitas vezes repleto de situações das quais não conseguimos nos desvencilhar. Situações difíceis nas quais nos mantemos, situações que são de tal forma incompreensíveis e que nos retiram do lugar aparentemente seguro no qual estávamos até aquele momento. Assim, o que nos resta desse passado são, sem dúvida alguma, os sentidos atribuídos a essas situações que nos fizeram caminhar, nos fizeram seguir considerando o mundo, a vida, a mim mesmo e ao outro, a partir de uma designação, de um sentido que nos levou a perceber apenas um dos caminhos, dentre vários que poderiam ser percebidos. Eis o significado/sentido que o homem atribui a um momento específico e que o faz percorrer um caminho compreendido à conta de *Veritas*, ou seja, a verdade absoluta, e não como deveria ou poderia ter sido concebido como *Aletheia*, ou a relativa possibilidade de algo ser muito mais do que eu considero que o seja.

Este fato nos leva a outro conceito heideggeriano, a *compreensão*. Ora, para este filósofo a compreensão não é a representação propriamente dita, esta última deixa de ser percebida como de suma importância no caminhar do homem, ela se vincula a possibilidades. Torna-se o entendimento sobre o poder-ser de cada um de nós, uma vez que, em nosso cotidiano, em nosso dia a dia, todos nós nos encontramos, nos expomos à tarefa de ser sendo. Traduzindo: cabe a nós a caminhada, a escolha, a decisão sobre nós próprios, nos

constituirmos como humanos, nos constituirmos no processo de que tudo o que aí está posto, no sentido de possibilidades, realmente poder-ser (SILVA, 2018).

Ser-Aí, significa cada um de nós, em nosso caminhar diário indo além da conjectura, do “achar que é isso ou aquilo”, é nos percebermos na trilha da vida, é não nos censurarmos ao ponto de esquecermos de nós próprios e nos escondermos a partir de uma “teoria” que engessa nossa visão sobre o mundo, sobre a vida, sobre nós próprios, é, no pensar de Heidegger (2013), a *abertura* necessária para pensarmos a nós mesmos; sou afetado pela situação/pelo outro, me deixo, me permito afetar.

Outro conceito é a *Afetividade*. Relacionada à *disposição* – os estados de humor que vivencio em meu dia a dia, como me encontro em determinada situação, como essa situação se dá. Assim, a partir de determinadas situações que me põem em xeque e me fazem perceber que a vida não é apenas aquilo que ali está, posto. Pelo contrário, o mundo me fere e eu a ele me refiro, ou seja, quando sou afetado por determinada situação, o mundo se revela a mim, e o real só é considerado sob essa perspectiva, porque eu o experienciei de maneira diversa àquela que o experienciava antes, eu sou “tocado” pelo mundo, pela vida, por minhas relações. Assim, a emoção daquela situação me abre a realidade, aberta por uma emoção, que por sua vez, é esculpida por essa realidade. E dessa forma, a emoção abre o real que me dispõe em determinado estado de ânimo. E, todo esse processo, se dá no mundo, no cotidiano, no meu dia a dia.

O próximo conceito é *Mundo*. Passo agora a caracterizar na fenomenologia de Heidegger, o que significa este conceito. Que não é apenas um conceito, tendo em vista que, desdobra-se em três concepções.

Temos como primeira concepção, *Mundo circundante*. É o que nos rodeia. Não no sentido de ambientes e estruturas sociais que estão ao nosso entorno. Mas, às convenções, as normas, as resoluções sociais nas quais estamos inseridos e sempre exigindo de cada uma postura de responsividade positiva às mesmas. E, quando isso não ocorre, acabamos mergulhados em não, em imposições, que implementam dor e sofrimento por não concordamos com o que está previamente designado como lei.

Conquanto o anterior, o filósofo da Floresta Negra chama atenção para a segunda concepção: *Mundo humano ou o mundo das relações*. Me reconheço enquanto homem a partir das relações que estabeleço em meu cotidiano. Esta relação é compreendida como a mais fundamental característica do existir humano. Para Heidegger (2013) existir é originariamente ser-com-o-outro, é uma relação de reciprocidade, uma vez que, somente na relação com as pessoas é que as potencialidades do indivíduo são atualizadas. Assim, é na convivência com o outro que o sujeito pode saber quem é como ser humano, ou seja, o indivíduo se percebe enquanto humano nas relações que estabelece, reconhecendo-se a partir dos seus semelhantes (CASTRO, 2017; PEREIRA & CASTRO, 2019).

A terceira concepção diz respeito ao que Heidegger (2013) compreende como *Mundo próprio ou a relação que estabeleço comigo mesmo*. Esta é a relação que o indivíduo estabelece consigo mesmo, o ser-si-mesmo, na consciência de si e no autoconhecimento. Dessa forma, são situações que a pessoa vai vivenciando, sua relação com o mundo circundante e com os outros, as quais vão possibilitar a atualização de suas potencialidades, outorgando-lhe as condições necessárias para ir se descobrindo e reconhecendo como é.

A partir de uma fábula, Heidegger (2013) nos chama a atenção para o *Cuidado*. Ser-no-mundo é ser de cuidado, eis a proposição heideggeriana, definido por ele como o modo como procedemos em relação aos entes que nos envolvem no mundo. Na perspectiva desse teórico, o cuidado é inerente ao ser-no-mundo, uma vez que devemos zelar, velar, cuidar de nós próprios e do outro. Para Castro (2017) o Cuidado deve ser compreendido como o habitar o mundo e construí-lo, preservar a vida biológica e atender às suas necessidades, tratar de si mesmo e dos outros. Afinal, é o cuidado que torna significativa a vida e a existência humana. *Ser-no-mundo*, portanto, é cuidar.

A indeterminação da existência torna o ser-aí responsável por sua vida e escolhas, e assim ele deve ser visto, compreendido, interpretado e relacionado.

**Dutra, Feijoo, Frota, Sá & Gemino, Psicologia Clínica da graduação à pós-graduação,
2018**

2. PERCURSO METODOLÓGICO

2.1. Delineamento do estudo

Considerando que este estudo pretendeu compreender a percepção da comunicação do diagnóstico de transtornos psiquiátricos de usuários e seus familiares a luz da filosofia de Martin Heidegger – sentidos e significados nos discursos, tornou-se necessário aplicar a investigação qualitativa. O objetivo foi proceder à descrição fenomenológica de como foi receber essa comunicação, como vivenciaram essa experiência subjetiva, tal como as lembranças lhes surgem à consciência, de modo a que pudéssemos chegar ao significado dessas vivências dos sujeitos que as protagonizaram.

A pesquisa qualitativa – propositura deste estudo - se preocupa com aspectos da realidade que não podem ser mensurados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (FONSECA, 2002; MINAYO, 2014). Para esta última autora, esse tipo de pesquisa é focado no trabalho com os significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2014).

A pesquisa qualitativa, por meio do método fenomenológico, foi privilegiada no presente estudo pelo fato de ser o melhor meio para a compreensão da vivência das pessoas no momento da comunicação do diagnóstico de transtornos psiquiátricos de usuários e seus familiares. Giorgi e Souza (2010) referem que o conhecimento narrativo está direcionado para as vicissitudes das intenções humanas. Se, por um lado, o conhecimento paradigmático se preocupa com provas empíricas e com verdades universais, o narrativo move-se pelos meios da verossimilhança e do sentido da vida humana. Não se está, assim, buscando a verdade empírica, da relação causa e efeito, na promoção da dicotomia sujeito/objeto, mente/corpo, mas se reconhece a interdependência destas instâncias. O significado da existência humana é construído a partir da experiência e dos estados intencionais do sujeito, assentados em sistemas simbólicos da cultura, que acionam os processos de interpretação da vida cotidiana.

2.2. Método fenomenológico de pesquisa em Psicologia

O método fenomenológico de pesquisa em Psicologia segue o conceito epistemológico de consciência intencional. Além disso, introduz algumas mudanças em relação ao método filosófico, de modo a que este possa ser transportado para o contexto da investigação científica (PEREIRA & CASTRO, 2019; GIORGI & SOUZA, 2010; CASTRO, 2009; MARTINS & BICUDO, 2005).

Em seguida, apresento a concepção de Giorgi & Souza (2010) acerca dos passos preconizados para o método.

O primeiro passo	Adquirir as descrições dos sujeitos. O crucial neste momento é que se pretendeu conciliar dois aspectos: seguir o requisito fenomenológico de valorizar as descrições acerca do vivido, da experiência, salientando o sentido de como estas se apresentam à consciência do sujeito. Entretanto, são mantidos passos metodológicos que permitem enquadrar o processo de investigação em critérios unicamente considerados na comunidade científica. O método mantém uma componente descritiva, no sentido em que o resultado final do processo de análise do protocolo reflete uma descrição em síntese dos significados psicológicos essenciais da experiência dos participantes da pesquisa.
No segundo passo	Neste momento foi realizada a redução fenomenológica-psicológica. É quando se considera o uso da <i>epoché</i> , ou seja, a suspensão da atitude natural, e da redução fenomenológica-psicológica. O sentido da redução é que objetos e situações, isto é, tudo o que surge à consciência dos sujeitos, passam pela redução, mas não os atos de consciências, aos quais esses objetos e situações estão relacionados
O terceiro passo	Denominado de análise eidética – variação livre imaginativa. Consistiu em que, após assumir a atitude da redução fenomenológica, o investigador centrou-se no objeto de estudo, cuja essência, a síntese de significado psicológico, pode ser determinada. Dessa forma, procurou-se definir a essência do fenômeno, isto é, a estrutura do significado psicológico, a síntese do sentido da experiência vivida pelos vários sujeitos que

	participarão da investigação, mediante o uso da análise eidética, a variação livre imaginativa (GIORGI & SOUZA, 2010). A síntese final de significado psicológico remete a uma generalização eidética dos resultados da investigação. Os resultados eidéticos implicaram, igualmente, que o que conta para a generalização dos resultados finais da investigação fosse o número de vezes que o fenómeno, objeto de estudo, se repetiu ao longo dos protocolos de investigação, não o número de sujeitos que participaram da pesquisa.
--	---

Quadro 1: Passos do método fenomenológico preconizado por Giorgi

Fonte: GIORGI, A. & SOUZA, D. *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa, Portugal: Fim do Século, 2010

2.3. Método fenomenológico psicológico de Giorgi

Amedeo Giorgi, seguindo a mesma proposta do método fenomenológico de investigação em psicologia, sistematizou um método constituído por uma componente descritiva, configurado por quatro passos (**Quadro 2**), explicitado em seguida:

1º Passo: <i>Estabelecer o sentido do todo</i>	Após a transcrição, o primeiro, e único, objetivo foi apreender o sentido geral do protocolo. Nesta fase, o investigador pretendeu apenas ler calmamente a transcrição completa da entrevista, onde se colocou na atitude de redução fenomenológica. Não pretendeu focar-se em partes fundamentais, não colocou hipóteses interpretativas, apenas, buscou a compreensão geral das descrições realizadas pelo sujeito. Neste momento, o objetivo principal é obter o sentido da experiência na sua globalidade
2º Passo: <i>Determinação das Partes: Divisão das Unidades de Significado</i>	O investigador retomou a leitura do protocolo, com um segundo objetivo: dividi-lo em partes menores. A divisão teve um intuito eminentemente prático: a divisão em partes, denominadas Unidades de Significado, o que permitiu uma análise mais aprofundada. Como o objetivo foi realizar uma análise psicológica e como a finalidade última da análise foi explicitar significados, utilizou-se esse tipo de análise como critério de transição

	de sentido para a constituição das partes (unidades de significado)
3º Passo: <i>Transformação da Unidades de Significado em Expressões de Caráter Psicológico</i>	A linguagem cotidiana da atitude natural dos participantes sofre transformação e a partir da aplicabilidade da redução fenomenológica-psicológica e da análise eidética, a linguagem de senso comum foi transformada em expressões que têm como intuito clarificar e explicitar o significado psicológico das descrições dadas pelos participantes. O objetivo do método foi selecionar e articular o sentido psicológico da vivência dos participantes em relação ao objeto da investigação. Mantendo a linguagem descritiva, o investigador foi capaz de expressar e trazer à luz significados psicológicos, que estavam implícitos nas descrições originais dos sujeitos. É também nesse momento que a inter-relação entre as partes e o todo sobressai como instrumento metodológico
4º Passo: <i>Determinação da Estrutura Geral de Significados Psicológicos</i>	O pesquisador, fazendo uso da variação livre imaginativa, transforma as unidades de significado em uma estrutura descritiva geral. A descrição dos sentidos mais invariantes, denominados constituintes essenciais da experiência, contidos nas unidades de significado, assim como das relações que existem entre estes últimos, resultou na elaboração de uma estrutura geral. O importante é que a estrutura resultante expresse a rede essencial das relações entre as partes, de modo a que o significado psicológico total sobressaiu. O passo final do método envolveu uma síntese das unidades de significado psicológico (GIORGI & SOUZA, 2010).

Quadro 2: Passos do método fenomenológico psicológico de Giorgi

Fonte: GIORGI, A. & SOUZA, D. *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa, Portugal: Fim do Século, 2010

2.4. Participantes

São considerados participantes da pesquisa 16 usuários diagnosticados com transtornos psiquiátricos e 03 familiares, acompanhados por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), pertencente à rede municipal de saúde, na cidade

de Manaus, que indicou o ambiente para a consecução das entrevistas e que apresentou infraestrutura necessária à realização da mesma. Para a seleção dos participantes, o pesquisador teve acesso aos prontuários de ambos os CAPSI e levantou o número de usuários por tipo de transtorno psiquiátrico já elencado neste projeto, a saber: Transtorno do Espectro da Esquizofrenia; Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados, Transtornos Depressivos e Transtornos de Ansiedade, sendo 2 participantes relacionados a cada um destes transtornos. Os profissionais do CAPS – psicólogas – fizeram o levantamento de prontuários e indicaram as pessoas e seus familiares, inclusive fizeram a marcação do horário com cada um dos participantes.

Quadro 3: Usuário por idade e diagnóstico

Usuário	Idade	Diagnóstico
Vegas	45 Anos	Bipolar - F31.0, transtorno do pânico - F41.0. Depressão com tendência suicida.
Sirius	37 anos	Esquizofrenia paranoide - F20.0.
Saith	43 anos	Indeterminado
Alcor	27 anos	Síndrome do pânico, depressão e ansiedade F41.2

Fonte: Dados da pesquisa de campo

Quadro 4: Usuários da roda de conversa

Usuário	Idade	Diagnóstico
1	32	Indeterminado
2	43	
3	37	
5	35	
6	23	
7	28	
8	36	
9	33	
10	27	
11	34	
12	44	

Fonte: Dados da pesquisa de campo

Quadro 5: Familiares que concordaram em participar da pesquisa

Familiar	Usuário
-	Vegas
Mãe	Sirius
Mãe	Saith
Esposa	Alcor

Fonte: Dados da pesquisa de campo

- Não aceitou participar da pesquisa

* Necessário explicitar que os usuários elencados no Quadro 2, fazem parte da Roda de Conversa e que não são acompanhados por familiares.

2.5. Obtenção dos Dados

Foi utilizada a entrevista fenomenológica onde o critério fundamental foi obter descrições tão detalhadas e concretas das experiências dos participantes. O pesquisador certificou-se da adequabilidade das descrições, assegurando o surgimento de diferentes estruturas de significados de caráter psicológico, sobre o tema de estudo. Para isto, tornou-se importante a descrição ser específica e concreta tanto quanto possível, relacionada não tanto ou apenas com racionalizações apresentadas pelos participantes da pesquisa, mas com a subjetividade incorporada, tal como foi experienciada na vida cotidiana (GIORGI & SOUZA, 2010).

2.5.1. A entrevista fenomenológica

Acharán (2014) apoiando-se em Kvale (1996) revela que o objetivo da entrevista de natureza qualitativa é o de obter descrições do mundo experiencial, do mundo da vida do entrevistado e suas explicitações de significados sobre os fenômenos descritos. Assim, o objetivo de uma entrevista de pesquisa e/ou investigação, no domínio da investigação fenomenológica, é uma descrição tão completa quanto possível da experiência vivida dos participantes sobre um determinado fenômeno de estudo. A proposta, neste estudo, é realizar entrevistas áudio gravadas utilizando gravador digital com os participantes e, posteriormente, realizadas as transcrições destas, para em seguida ser feita a análise dos dados.

2.6. Procedimento

Para a obtenção das entrevistas alguns critérios foram ser observados, dentre eles: a) foi solicitada autorização do centro de atenção psicossocial que realiza o acompanhamento com usuários diagnosticados com transtornos psiquiátricos e seus familiares; b) Foi apresentado aos possíveis participantes o objetivo do estudo, mantendo um clima de respeito mútuo; c) Explicitado que seria realizada uma entrevista áudio gravada cujo tempo de execução poderia ter duração mínima de uma hora; c) Solicitada a aquiescência dos possíveis participantes no sentido de concordarem em participar voluntariamente do estudo; d) Solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos que se disponibilizaram a participar voluntariamente da pesquisa.

A entrevista áudio gravada foi realizada a partir de uma questão norteadora que apresentou desdobramentos. Assim, foi formulada a seguinte questão;

1º: Para o usuário: Gostaria que você me dissesse como foi o momento da comunicação do diagnóstico do transtorno psiquiátrico, o que você pensou e o que sentiu?

2º: Para o acompanhante ou familiar: Como você se sentiu e o que pensou ao receber a comunicação do transtorno psiquiátrico de seu familiar?

Esta questão norteadora certamente sofreu desdobramentos, que serviram como elementos para posterior análise.

1: Para o usuário:

1.1: Como foi que sua família recebeu o diagnóstico?

1.2: Qual foi a maior mudança percebida em sua vida a partir do diagnóstico?

1.3: Como estão as coisas em sua casa hoje?

2: Para os familiares:

2.1: Como foi para a família lidar com a comunicação do diagnóstico?

2.2: A partir do diagnóstico você percebeu alguma mudança nas relações familiares.

2.3: Qual tem sido a participação da família junto ao usuário diagnosticado com o transtorno psiquiátrico?

2.7. Considerações éticas

As ações de pesquisa estiveram de acordo com os preceitos éticos da Resolução CNS 466/12 e Resolução CNS 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Conforme os documentos, a instituição acolhedora da pesquisa emitiu um documento de autorização, possibilitando a realização da atividade. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), informando a voluntariedade em participar do trabalho, reconhecendo os riscos e benefícios do mesmo e permitindo a áudio gravação de suas vozes.

O projeto foi inserido na Plataforma Brasil, sob o número CAAE - 79100917.9.0000.5020 e aprovado em 06 de novembro de 2017 conforme Parecer Consubstanciado de CEP, em anexo.

2.8. Caracterizando o local de pesquisa: o CAPS SUL

Neste momento, considero importante trazer informações sobre o CAPS Sul, inclusive para situar o leitor acerca das atividades ali desenvolvidas, assim como as normatizações que o regem. Preciso ressaltar ainda o acolhimento direcionado a mim, enquanto pesquisador, pela gestora, profissionais, corpo administrativo, usuários e familiares.

Objetivo Geral: Oferecer um acompanhamento em tempo integral, com base em uma clínica psicossocial e na construção e/ou resgate da cidadania dos usuários com TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES E PERSISTENTES pelo acesso a assistência de qualidade, trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Público alvo: O CAPS III destina-se ao atendimento diário, em horário integral, de pessoas com transtorno mental grave e persistente, seja na situação de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial, em sua área territorial.

LOCAL E ESTRUTURA FÍSICA

Do imóvel: O CAPS Sul II sofreu mudança de tipologia, passando de Tipo II para tipo III. Para esta qualificação o mesmo será implantado em uma nova casa situada à Avenida Perimetral II, nº 1916 Parque 10 de Novembro.

Modalidade de Atendimento

Funcionamento: A assistência prestada no CAPS III é destinada a pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, funcionando 24h, durante os sete dias da semana.

CUIDADOS TÉCNICOS

Acolhimento/ Acolhimento inicial / Acolhimento diurno e/ou noturno e finais de semana (acolhimento continuado) / Projeto Terapêutico Singular (PTS) / Atendimento individual / Atendimentos grupais.

ATENDIMENTO EM OFICINAS TERAPÊUTICAS

Práticas Corporais / Práticas expressivas e comunicativas / Atendimentos para a família / Atendimento domiciliar / Atividades complementares / Atividades de fortalecimento do protagonismo.

O delirante (o homem quando delira), não diz apenas uma frase “sem sentido”: ele expõe todo o modo da sua existência.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos pressupostos elencados por Giorgi & Souza (2010), foram elaboradas Categorias Temáticas – algumas compostas por subcategorias – expostas e analisadas a seguir. Todas as categorias são analisadas a partir da teoria de Martin Heidegger expressas em Ser e Tempo (2013); A caminho da Linguagem (2003); Ontologia Hermenêutica da Facticidade (2012).

As categorias trazem a fala dos usuários e de familiares.

3.1 O Ser-Aí e sua temporalidade: reminiscências da caminhada

Participantes e familiares revelam nesta categoria suas concepções acerca de como, em um primeiro momento, tenha sido a causa do transtorno. Em seguida, trazem o momento da primeira crise que resultou em encaminhamento para um serviço de saúde mental e, nesse momento, receberem o diagnóstico da doença.

3.1.1. Nas reminiscências da infância, a possível causalidade!

Esta subcategoria nos mostra um resgate histórico e conseqüente crença da origem do Transtorno Psiquiátrico.

A fala do usuário:

Aspecto presente na fala dos usuários é aquele relativo à infância. Trouxeram em suas lembranças dessa fase da vida situações onde a dor e o sofrimento, o abandono e a solidão, se fizeram presentes e que, na concepção de cada um – momento da entrevista em que foram questionados sobre como imaginavam que o transtorno pudera ter iniciado - imprimiu nessas pessoas a certeza de que a causa, a origem está relacionada com esses acontecimentos, como se pode perceber nos excertos de discursos a seguir:

Tipo assim quando criança com dois anos de idade meus pais se separaram então era uma criança e não sabia de nada, ao decorrer do tempo eu fiquei como um bole-bole com meu pai meu e minha mãe, depois minha mãe ficou com um cara que já passou a ser meu

padrasto, não sei se era aliciamento, porque ele me brechava, eu era muito espancada e quando eu ia dormir, toda noite, ele ia lá e puxava devagarzinho meu lençol aí pegava assim e tentava levantar minha calcinha, aí eu me mexia e ele corria. Então passei a ficar com eles e minha mãe me dava para minhas tias, já ficava com uma vó, depois com outra tia... E sendo que em todas casas em que eu ficava eu ia sendo maltratada, muito maltratada, nunca tinha carinho eu era uma criança, eu tinha que ter uma infância, eu não tive infância! Não sei o que é infância, eu apanhava muito [...] Então foi criando uma bolha dentro da minha cabeça de confusões que ainda estão aqui, ainda tenho isso com 45 anos **(ROSE)**

Aconteceu quando tinha 4 anos de idade um assalto lá em casa e tinha uma moça e rapaz que foi morto, ouvi os tiros, né? e quando, depois de anos eu ouvi tiros no meu sonho e a partir daí comecei a ter depressão **(USUÁRIO 6)**

Que estávamos falando sobre ver a porta não é? E eu verifico a porta do meu quarto umas 10 vezes a noite, devido o que meu padrasto fez comigo né, na minha infância, (tentativa de abuso) e eu vejo essas 10 vezes é porque eu imagino que ele vai entrar no quarto. Verifico a porta do meu quarto umas 10 vezes pra ver se meu padrasto não entrou, quando eu tô dormindo eu tenho impressão que ele vai tocar em mim, **(USUÁRIO 8)**

Ai cara eu conheci meu pai com 13 anos, aí tipo, temos uma relação, mas não é aquela relação pai e filho e tal, Pô doutor como eu falei nunca fui tão ligado a família assim, fui criado meio que a batata assim, um tempo com um, um tempo com outro aí eu não sei cara. Quando eu nasci eu fui entregue a minha avó e meu avô materno, aí meu avô aquele pedreiro, bruto, ignorante que tomava cachaça e batia na mulher, na minha vó né, omissa, ele morreu quando eu tinha 9 anos e minha avó viveu uma vida de cão com ele aí eu com 9 anos ele morreu e minha vó quis viver a vida dela, que vivia uma vida sei lá, aí me entregou para a família do meu pai, que não foi meu pai e sim minha avó, aí morei com ela, com ele, com tia, com tio, sei lá com a metade da família [...] Acho que ainda guardo muita mágoa da minha infância, ela não foi comum, normal, minha infância não foi boa não, se pudesse eu mudava tudo. Quando eu nasci minha mãe me deu para a enfermeira no hospital, aí minha vó tinha acabado de perder um filho, minha mãe e minha avó ficaram grávidas juntas e o filho da minha avó morreu que depois me adotou e meu avô era um cara alcoólatra e ignorante daqueles caras bem cearense sabe? Daqueles cara que bebia, metia a porrada nela, me batia, quebrava as coisas em casa, acordava de manhã era os dois na porrada, um puxando faca pro outro, n podia sair na porta de casa pra jogar uma bola que ele me metia a porrada, sabe, eu n lembro nunca de ter ido a um parque de diversões, de ter ido pra igreja com pai e com mãe, n lembro de, sei lá, ter me divertido como qualquer criança... Pra tu ter noção comecei a estudar com 10 anos de idade **(RAFAEL)**

A fala do familiar

Para as duas participantes a seguir, ambas revelam que as relações familiares foram muito conturbadas e que, por essa razão, talvez aí esteja a gênese do transtorno psiquiátrico.

Ele era pequeno quando o pai separou (mãe). Na infância dele quando nós separemo, eu morava aqui em Manaus e trabalhava no “ipasea” e o pai dele se mudou pra Manacapuru e levaram eles na marra, 7 anos eles tinham, aí eu ia buscar com a polícia, trazia. Passava três dias em casa e a madrasta batia, maltratava da madrasta, arrastava meus filhos de lá e batia, maltratava da madrasta e trazia pra morar comigo aí quando chegava aqui na Compensa, eu trabalhava aqui no estaleiro lá né, quando pensava que não lá vem o homem buscar de novo os menino e levava pra lá, só pra maltratar, tem um que foi pinicado até a cabeça por causa da madrasta, isso tudo foi por causa da madrasta. Aí a infância deles tudinho, foi só de um não. Ai o outro também que é de lá, ele também tem problema, ele é muito agressivo maninha, tá entendendo? (MÃE DE ISMAEL)

Dessa rejeição, porque ele procura o tempo nela pra ela ser uma boa mãe, mas como ele não consegue e aí se decepciona... (ESPOSA DO RAFAEL)

3.1.2 A crise que desencadeou o processo

Em determinado momento de sua caminhada, eis que são acometidos por crise que resulta no diagnóstico. Percebe-se, nesse mergulho histórico a pluridimensionalidade da vivência, uma vez que, trazem a caracterização do sentir e do viver essa experiência que modificou suas vidas.

A fala dos usuários

Os participantes ressaltam o momento em que a primeira crise os fez mergulhar no mundo da doença. Situações ímpares e repletas de emoção, sentimentos, pesar e sofrimento. É o instante em que, a partir daí as mudanças e transformações começam a ocorrer. Já não são mais quem eram, deixam de ser quem sempre foram.

Aos 25 anos, quando meu padrasto se declarou e disse: olha, eu largo tua mãe agora pra ficar contigo. Te dou tudo, o que você quiser: carro,

dinheiro, casa só pra ela [...] Eu me tranquei no quarto que eu não saía mais de lá com medo dele, eu passei a madrugada tendo alucinações, tendo visões, imaginando ele entrando lá, ele me estuprando, ele fazendo tudo (ROSE)

Eu tinha 16 anos, eu surtei com 16 anos, escutava vozes, eu era, eu, completamente eu via assombrações e antes disso, um dia antes eu sonhei como se tivesse levado um tiro em mim mesma e daí em diante começou tudo na minha vida. Só que de 16 anos pra cá eu tive crises direto de domingo a domingo, de segunda a domingo crises horríveis. A duas semanas atrás tive uma crise que eu achei que não iria voltar que eu ia enlouquecer que não ia voltar (USUÁRIO 1)

Desde aí [dois assaltos sofridos em sua residência] eu fico imaginando coisas, assim, quando fecho meu olho parece que tô vendo ele de novo, aí eu fico olhando pela cortina e parece que eu vejo uma pessoa alí, uma pessoa que vai abrir a janela, aí eu viro a cabeça para trás da cama e aquela coisa fica na minha imaginação e nos meus olhos. Eu fico imaginando coisas ruins. E toda vez que olho o muro eu vejo o ladrão alí. Eu sou assim... (USUÁRIO 5)

Aconteceu quando tinha 4 anos de idade um assalto lá em casa e tinha uma moça e rapaz que foi morto, ouvi os tiros né e quando, depois de anos eu ouvi tiros no meu sonho e a partir daí comecei a ter depressão (USUÁRIO 6)

Ninguém entende o que a gente passa, às vezes, nem a gente entende porque eu passei 24 anos sem saber o que estava acontecendo comigo eu sentia dores, eu me sentia mal, não entendia como as pessoas estavam bem e levando a vida normal, eu não entendia o que estava acontecendo na minha cabeça (USUÁRIO 12 – 43 anos)

Eu apaguei dr. tava no Flamengo, saí dez e pouco da noite da casa de cliente e fui pra casa aí tava tendo naquela época, aqueles negócio de black blocks que estavam quebrando tudo em cima do Rio, aí parou tudo, estava parado o trânsito, não andava nada e eu só lembro daquilo, não lembro mais de nada.. Acordei no hospital perto de casa, n sei como cheguei, não me lembro (RAFAEL)

A fala dos familiares

Conquanto a fala dos usuários, os familiares – aqui representados por uma esposa e duas mães – revelam o momento em que a primeira crise foi vivenciada e a dimensão que este momento tomou em suas vidas. Trazem desde o quadro que se instaurou à busca de ajuda àquela época.

Bom, eu não morava aqui, eu morava no Pará e ela aqui junto dos irmãos dela e as irmãs dela, aí foi aí que cheguei do Pará ela estava muito doente né, estava internada, aí foi que deu isso aí, essas coisas nela, depois de ela sair do “internamento” que a gente ainda teve uma

coisa com a assistente social lá no hospital, porque ela estava já fazia três meses lá jogada, as peles em cima dos ossos e foi isso daí que me doeu e no meu filho caçula também né? [...] Foram três meses que ela ficou internada, foi quando eu e meu filho tivemos uma agressão lá dentro com a assistente social, com eles lá, com a médica dela, e a médica dela disse que ia dar alta pra ela, então meu filho ficou agressivo, disse que não queria alta e sim que transferisse ela para outro hospital, estávamos alí diante da situação dela, daí foi no outro dia né a encaminharam para o Adriano Jorge aí foi ela que passou um mês pra lá e depois foi para casa da irmã dela e lá que atacou esse outro problema (MÃE DA MARIA)

Ele fazia dupla função aí saía quase 5 horas da manhã aí chegava meia noite em casa, aí já ia dormir em um nível de estresse tão grande, as vezes ele vinha chorando, as vezes nem lembrava, entrava dentro de casa, tomava banho e apagava aí teve uma, o pico, de que quando começou a doença, foi quando ele saiu as 4 da manhã quando deu 10 , 11 hrs da noite quando liberaram ele, como o RJ é um trânsito tão grande, aí ele chegou na Candelária e passou mais de 2 horas alí, que tava tendo greve um monte de coisa, aí ele teve que andar, andou, andou, andou, saiu do ônibus e andou assim uns 40 minutos para pegar um outro ônibus pra poder ir pra casa. Nisso ele chegou quase meia noite em casa, pra quem saí as 4 da manhã né o nível de estresse, isso é todo dia. Essa rotina durando 2 anos, aí foi daí, chegava em casa e já não mais lembrava de nada, só chegou, tomou um banho, deitou na cama e começou [...] Isso ele já tinha de vez em quando tendo umas falta de ar, mas nada agravante, daí que ele começou a passar mal e falta de ar, falta de ar, falta de ar, aí ele desmaiava, aí quando ele voltava uns 3, 5 segundos depois, ele já voltava desesperado, aí ele começava a gritar, gritar, gritar, não, não, não, gritava... E eu dizia calma R., eu tô aqui... Era só eu e meu filho, na época acho que tinha uns 6 anos, aí eu calma Rafael, você está em casa, não tem porque estar assim, aí eu conversando com ele só que n passava, e ele ficava como se fosse ter um avc... aí ele ficava, mô me leva pro hospital, acho q vou morrer, que ele sentia muita dor no peito, muita dor no peito, ai eu falei então tá (ESPOSA DO RAFAEL)

Mas ele ficou assim quando trabalhava com motor de pesca. Pai dele tinha motor de pesca e nós entramos em separação né e eles eram tudo pequeno e ele só fez até a terceira série, porque onde nós morava o pai dele arrumou outra mulher aí né. O pai dele tinha um pouco de dinheiro né e gente tinha condições, nós era proprietário de motor de pesca né e o pai dele pegou e tomou tudo de nós e ficou com outra mulher e o problema deles ficarem assim fraco da cabeça foi esse problema, o pai trabalhava muito e acabamos ficando todos revoltados, até eu né fiquei, e eles ainda tentaram viver com a outra mulher, mas não se chegaram muito não. E isso que foi a doença deles né, foram ficando revoltados (MÃE DO ISMAEL)

Vivência do tempo, o modo como estamos imersos em nossa cotidianidade. Temporalizar, no dizer de Heidegger (2013; 2012). Deve-se considerar que Tempo não deve ser entendido como o “tempo do relógio”, dizer isso significaria compreender que o tempo é fenômeno destacado do homem, ou seja, que acontece independentemente do homem, característica da cronologia.

O tempo não é o ritmo do relógio. O acontecimento do tempo é o acontecer do humano e o acontecer do mundo se dá fluidamente. Assim, nesse acontecer o passado, o presente e o futuro não ocorrem de forma linear. Heidegger (2013) descreve os modos de temporalização do tempo como ekstases temporais. Este autor descreve o acontecer de cada uma delas segundo os modos da existência, compreendido por eles como autêntico e inautêntico.

Assim, o futuro (porvir) autêntico se dá no modo da *Antecipação*; o inautêntico se dá no modo do *Aguardar*. O passado (o vigor de ter sido) autêntico se dá no modo da *Retomada*; o inautêntico se dá no modo do *Esquecimento*. O presente (atualidade) autêntico se dá no modo do Instante; o inautêntico se dá no modo da *Atualização*.

Ao identificar Temporalidade, Heidegger (2013) revela que o homem só existe porque está diretamente relacionado ao tempo. O existir é a construção de futuro. Assim, o filósofo une a essência à existência, ligando assim os sentidos do existir; é o que torna possível a unidade da existência, constituindo assim a totalidade das estruturas do homem. Muito mais do que uma soma de momentos, mas uma compreensão, no sentido mais amplo, do passado, do presente, e do futuro. Uma vez que o ser humano é o único ente possibilitado de realizar uma união consciente entre o que já foi e o que é ou será; e de “recomeçar” ou “reconstruir” sua vida.

Em suas palavras, a temporalidade para Heidegger é:

“O fundamento ontológico originário da existencialidade da presença é a temporalidade. A totalidade das estruturas do ser da presença articuladas na cura só se tornará existencialmente compreensível através da temporalidade. A interpretação do sentido ontológico da presença, contudo, não pode parar aí. A análise existencial e temporal desse ente necessita de confirmação concreta. As estruturas ontológicas da presença, anteriormente conquistadas, devem ser, retroativamente, liberadas em seu sentido temporal. A cotidianidade desvela-se como modo da temporalidade. E, mediante essa retomada da análise preparatória dos fundamentos da presença, o próprio fenômeno da temporalidade tornar-se-á mais transparente. Ela possibilitará compreender por que a presença, no fundo de seu ser, é e pode ser histórica e, quando histórica, pode construir uma historiografia.” (2013, p.307).

Considerando a explicação heideggeriana, os participantes retomaram as vivências passadas, tanto no que concerne às lembranças da infância quanto do

momento em que a crise os levou a ter um diagnóstico relativo ao transtorno psiquiátrico. Assim sendo, esse Retomar nos traz a dimensão dessa vivência. Poder-se-ia pensar que apenas *esqueceram*, contudo, eles foram além do simplesmente trazer esses momentos, eles recordaram com a dimensão do momento vivido. Como nos traz Heidegger (2003) é na vivência autêntica que o Ser vai além de si mesmo e consegue expressar o sentido de um determinado momento em sua vida, uma vez que, para este filósofo o ser se mostra na linguagem, e os participantes deste estudo demonstraram este aspecto existencial.

O passado aproximando-se traz em seu bojo o vigor de ter sido que foi realizado e depois esquecido. Assim, ele reapresenta o acontecer do que é lembrado: mostra o que se dá a rever. Nisso, os participantes puderam assentar suas histórias. Heidegger (2013) assevera que a partir da Retomada de sua história, o homem pode assentar a si mesmo, ou seja, o passado aproximando-se oferece-nos memória: onde pousamos. Como se deu esse pouso na fala dos colaboradores desta pesquisa? Na busca, através da rememoração, em atribuir uma gênese a seu problema sediada na infância, assim como, na crise que os levou a ter a determinação de uma hipótese diagnóstica.

É premente compreender o que Heidegger (2013) chama a atenção. O *Dasein* é ao mesmo tempo autenticidade e inautenticidade, ou seja, as *ek-stases* anteriormente descritas confluem e divergem concomitantemente. O modo mais singular – ou poderíamos denominar simples – de compreender essa simultaneidade seja dado pela seguinte propositura: o homem estando é sendo (sendo seu passado, sendo seu presente, sendo seu futuro). Característica presente nas falas dos participantes.

3.2 Comunicação do diagnóstico: eu me nego a aceitar o veredicto

Após a crise que suscitou encaminhamento para o serviço de saúde é chegado um momento decisivo na vida dessas pessoas e seus familiares: a comunicação do diagnóstico. Perpassado por incredulidade, questionamentos e negação do quadro.

Os relatos trazem toda a dimensão de sentimentos e emoções presentes àquele momento específico. Assim temos:

Falas dos usuários

A não percepção do momento e, ao mesmo tempo, questionamentos surgem acerca desse instante:

Eu acho que não sei como foi receber esse diagnóstico, acho que recebi meio que normal porque tanto anos passando por isso, indo pra psiquiatra, tomando aquelas injeções lá que era pra dormir que quando ele falou isso pra mim eu nem lembro como foi, só fiquei imaginando, meu Deus será que eu sou louca!? E agora? O que vai ser da minha vida!? Mesmo assim eu superei. Já a reação quando o médico me deu esse diagnóstico, hoje te digo que eu sofro, eu queria ser uma pessoa normal, eu não me considero uma pessoa normal e é que de uma hora pra outra que dá um surto aí é o tempo todo ouvindo, tu tem noção que a tua doença é uma doença muito grave, que você está correndo um risco grande de vida, que não tem cura, que não sei o que (ROSE)

Não aceitação do diagnóstico e conseqüente não adesão ao tratamento:

Depois que tive a minha crise, mesmo assim eu ainda não quis admitir que estava precisando de ajuda, que eu estava doente, não admitia pra ninguém. Quando eu vim no médico, eu não aceitei e neguei a medicação por um bom tempo porque eu não queria admitir que eu estava precisando de ajuda, até pra a gente é difícil assumir que precisa de ajuda e pedir ajuda... (USUÁRIO DO CAPS 12)

Eu, eu, eu não gosto de remédio não, eu sou normal, não tenho nada, só penso umas besteiras de vez em quando. (ISMAEL)

A sensação de ter “perdido o chão”

Confusa, eu acho, eu não sei te explicar, um negócio que você está bem e no outro dia, pô! Tu descobriu que tem um negócio que tu não vai acordar no outro dia para trabalhar, tu não vai chegar em casa de noite, perde o chão né!? No começo eu tentei fingir que não tinha nada e continuei minha vida, só que não deu muito certo não.. Porque quando eu me estressava eu queria passar mal e dirigia, precisava dirigir para trabalhar no escritório. Eee eu acho que só agravou, aí de outubro eu acho até dezembro, eu tentei segurar, não procurar médico né!? Não fazer acompanhamento de nada, mas aí não deu muito certo não. Acho que no final de novembro pra dezembro, hummm, não tinha mais como, passava mal todo dia eu tinha crises graves.. Chamavam o Samu e eles iam lá me buscar aí começou a bater a depressão né, não quer mais sair de casa, não quer ir comprar um pão, não quer sair do quarto, não quer conversar com ninguém... (RAFAEL)

Susto diante da comunicação

Meu primeiro contato foi meio difícil, estava bastante transtornada, mas isso porque tive uma crise né, aí isso nunca tinha acontecido antes, aí me mandaram pra cá, estranho né? Eu não me imaginaria assim né, pensei que fosse só... Não imaginei que funcionasse assim dessa

forma. Passei pelo dr. Demétrio. Na hora que eu escutei o diagnóstico eu fiquei assustada né, me sentindo doida! Será que vou ficar assim pra sempre, será que vou conseguir na rua ainda sozinha? Porque eu fico com medo de sair na rua sozinha, principalmente onde tem muita gente. (MARIA)

Falas dos familiares

Mágoa, dor, sofrimento e traz para si mesma a responsabilidade de cuidar:

(Tom de choro) Não era da minha vontade, (chorando) eu me senti mal porque eu ela não merecia viver assim, me magoou muito, mas eu não ia deixar ela sem ninguém né, assim por ela pra casa foi da minha responsabilidade mesmo né, conversei com meu filho, com meu marido, aí ele disse que era melhor colocar para dentro de casa, aí a gente fizemos um barracozinho do lado do nosso pra ela, quem tinha colocado no mundo era eu né, então tinha que assumir com minhas responsabilidades.. (MÃE DA MARIA)

O desespero se instaura

não conseguia acho que nem pensar, nessa hora a gente não consegue pensar! Só ficava alí com pena, desespero por não poder ajudar... (lágrimas). Então como aí a gente só viva em casa, casa, casa, não saía, a gente foi dar um tempo na casa da mãe dele em Unamá, a gente pegou o carro em foi embora com ele, ainda passamos uma semana pra lá na tentativa dele relaxar, mas mesmo assim era crise direto lá, direto, direto, direto, direto: acompanhava a dor no peito, ele desmaiava, isso aí fora a vontade dele se matar! Que ele queria pegar a faca, pegar o remédio (ESPOSA DO RAFAEL)

Não aceitação do diagnóstico

Ele não aceita a doença dele, às vezes ele não toma, aí tenho que, ele só acalma um pouquinho quando ia em Manacapuru e mano, tu tem que tomar teu remédio. (FAMILIAR ISMAEL)

Ser-no-mundo é pertencer ao mundo e não estar tenuemente ligado ao mundo. É fazer parte do mundo. Não há um mundo lá e eu aqui, sou parte dele. Segundo Heidegger (2013;2012) sou lançado em um mundo que habito, sem que eu pudesse ter a possibilidade de escolha. A esse ser-lançado da pre-sença (estar no mundo, vivenciando as situações cotidianas) em um mundo que não foi escolhido e que, por sua vez, poderá se revelar inóspito ou não, atribuiu a denominação de facticidade.

O filósofo caracteriza a facticidade como sendo o ser lançado em um mundo sem que lhe tenha sido a propiciada a possibilidade de escolher país, cidade, família e classe social. Assim sendo, cada um está submetido a contingências políticas, econômicas e sociais, culturais e históricas, as quais não foram escolhidas por nós, ou seja, a facticidade são as situações surpresa que podem ocorrer em nosso cotidiano.

Em sua obra *Ontologia Hermenêutica da Facticidade* (2012) o filósofo ressalta que mundo é o que vem ao encontro. O que pode ser compreendido a partir disso? Que o homem é sua maior facticidade, exatamente por ser jogado no mundo sem a certeza do que virá a seguir. Considerando este fato, os participantes da pesquisa são lançados no mundo-da-doença, a partir da crise que os encaminhou aos serviços de saúde. O diagnóstico paira sobre eles como algo assustador, como uma retirada de um lugar ocupado até então. Suas histórias modificam, precisam a partir dessa comunicação adentrar pelo caminho inóspito. A vida se torna estranha. A angústia se instaura. A angústia torna-se parte do ser-si-mesmo. Nada mais faz sentido. Tudo passa a ser estranho: ele mesmo e o mundo. E, como ressalta Castro (2009; 2017) a angústia é a tempestade do Ser.

Suas vidas são transformadas. Direcionam-se e são direcionados a viver o transtorno que os catapultou à condição de ser-doentes. Em se colocando sob esta perspectiva, ficam imersos em tudo o que se relaciona ao transtorno. O *Ser-em* heideggeriano é vivenciado. Assim, a partir da comunicação do diagnóstico estas pessoas e seus familiares se *ocupam* desse novo estar-no-mundo, se ocupam com o transtorno e tudo o que diz respeito a esse novo vivenciar.

O mundo se torna estranho, uma vez que, a visão que se tem é a de que o mundo ficou transformado, a vida foi transformada. A pessoa com comunicação do diagnóstico de transtorno psiquiátrico passará, a partir daí a experienciar outras normativas, outras recomendações, o mundo circundante, no dizer de Heidegger (2013, 2012) é tudo o que nos rodeia, tudo o que normatiza a vida, tudo o que rege o social. Diante do que ocorrera, este ser-no-mundo passará a vivenciar sob outra ótica, sob outro viés – o do cerceamento, o do rótulo, o de ser-doente – e não consegue, por um tempo, ir além do novo “mundo” em que fora lançado.

Vale ressaltar que outro mundo se torna comprometido, o mundo próprio. Esta instância – se assim posso denominar – Heidegger (2013) é o ser-si-mesmo. É como me percebo, é como me olho, é como me acredito ser. Percebo nas falas – de ambos os grupos de participantes – que o usuário não se reconhece no lugar que ocupava até aquele momento; o familiar não se reconhece como antes. O diagnóstico, dada a sua dimensionalidade, compromete a relação estabelecida com o ser-si-mesmo. A consciência de si e o autoreconhecimento estão comprometidos. O descobrir-se e o reconhecer-se não se realizam do mesmo modo de antes.

3.3. Ser-com-o-outro: a vivência do apoio e do não-apoio

O diagnóstico de uma doença como os Transtornos Psiquiátricos, envolve todos os que fazem parte do entorno social do usuário. Dessa forma, dadas as mudanças inerentes a esse fato, a necessidade – diria mesmo premência – no que diz respeito ao acompanhamento por parte dos familiares. Contudo, percebo nas falas que houve apoio e o não-apoio.

3.3.1 o apoio do outro

Falas dos usuários

A importância do estar junto, da família reunida e da demonstração de amor do outro

Agora que ele se tornou um marido, ele era meu vizinho, um amigo e ele foi tendo uma afinidade comigo e eu acho que ele gosta muito de mim, que ele me dá todo apoio, me ajuda. O único que ainda me dava apoio era algum namorado ou vizinhos meus que, às vezes me viam ter crise [...] E quando meus vizinhos fazem eu vejo que eles fazem por pena e eu não quero que ninguém sinta pena de mim, quero que gostem de mim, que me respeite, eu queria que a minha família olhasse por esse lado, eu tô morando de aluguel dependendo de ajuda, do meu pai, desse rapaz que vive comigo e ele deixou até de trabalhar pra me dar atenção. Hoje de manhã quando vi todo mundo sentado na mesa assim, eu fiquei feliz, coisa que não acontece, coisa que eu sempre gostei e não acontece [...] e pra piorar minha sobrinha ouvindo coisas ruins a meu respeito, e ela é louca por mim e eu por ela, quando olhei ela veio me abraçou e estava chorando e falou tia: Não quero que você morra (chorando), eu quero que tu viva, eu não quero nada desse mundo, eu não quero brinquedo, eu não quero roupa, eu não quero

nada, eu quero que tu viva, eu quero a tua vida, a M. falou isso. (ROSE – APOIO)

No momento da crise, a presença do outro é lenitivo para o sofrimento:

Mãe! (o usuário encenando) eu não aguento mais, e ela alí comigo e tal. Foram quase 8 horas de surto sem parar foi horrível. Na quinta fui até ao Eduardo Ribeiro tomar uma injeção que não aguentava mais, já estava passando mal e disse, mãe! Me leva! Então tem 4 dias que não estou tendo crise [...] Eu não posso sair de casa sem ela, nunca sozinha, só com ela tudo que vou fazer é com ela, vou no médico com ela, vou receber meu dinheiro com ela, vou fazer exame com ela, vou comprar minhas coisinhas com ela, então ela tá cansada, e eu me sinto culpada e não consigo mudar, reconheço esse apoio da minha mãe. (USUÁRIO 1 – APOIO)

A presença do outro em seu cuidar:

Ainda bem que a minha esposa sabe do que sou capaz, viu, e ela tirou e disse. – Olha, não faça mais isso, você sabe que você mesmo fica pegando pra ver se está aberto ou não, tu mesmo vai ficar aí. Não fica pensando nesse negócio que a pessoa vai entrar que é melhor pra ti... (armadilha que teria montado para capturar o ladrão imaginário, colocando em perigo as crianças pequenas que alí vivem junto). (USUÁRIO 7 – APOIO)

O cuidado que ensina a cuidar

Aí meu pai mandou, quem sabe tu não toma teu remédio aí tu fica tranquila. Eu queria morar só, ter meu marido, mas eu moro com os dois né, papai como o papel de segurança né e minha mãe faz coisas que ainda não sei da idade da pessoa, aí ela vai me ensinando como cuidar de filho, como fazer as coisas e não para de ensinar pra mim. (USUÁRIO 9 – APOIO)

O outro comove em seu ato de cuidar

Mas aqui assim pelo um pouco meu pai tem me ajudado me leva pra algum lugar que precisa, Minha referência de mãe é minha avó materna né, aí que ela mais né, já é idosa né, ficou mais preocupada, ela já ajudava financeiro também, mas fora isso meu pai também que tem me ajudado, ele já passou por depressão também então ele sabe como é que é, tem me dado um ombro para me segurar, mas de resto eu não sei te explicar como é que é. Bom dr ela (esposa) me dá o braço de mãe, se não fosse ela, sei lá, já tinha era me matado. Ela que me ajuda, que me dá remédio, que me leva, me traz, tudo que está ao alcance dela ela faz, não nega esforço não. Eu queria alterar minha saúde, sem ela eu não sou ninguém. (RAFAEL – APOIO)

A aceitação por parte da família

Mas graças a Deus que a minha família me aceitou como sou (MARIA – APOIO)

A presença do outro em minha vida, eixo fundamental para continuar vivendo

Não, não, não, não, falo sozinho, mas às vezes, assim, brincando né, quando minha mãe não tá em casa e as vezes se lembra da mamãe e algumas palavras erradas, quando vê a mamãe e o papai fora, fala algumas palavras erradas. Eu gosto muito deles, não quero que eles vão embora, preciso de alguém comigo, não gosto de ficar só, não quero nem pensar deles longe de mim e eu sozinho. (ISMAEL – APOIO)

Falas dos familiares

O movimento de cuidado dos familiares é expresso a partir deste instante, quando ressaltam:

Trazer para junto:

Quando ela foi pra essa casa da irmã dela, essa irmã a levava pra igreja evangélica, n tem explicação pra falar pra vc, porque eu estava longe lá para comunidade do Valparaíso, foi aí que eu fiquei pensando assim né, de colocar ela pra dentro de casa junto comigo né, arrumamos um quartinho que tínhamos feita lá recente do lado, aí iria morar eu, meu marido, ela, filha dela e dois irmãos dela, só nós. (MÃE MARIA – APOIO)

Importância do brincar, do dialogar:

ontem ela estava assim, né? no entanto que estávamos brincando de dominó né, pra ela não ficar só dormindo, pra distrair, aí chamo ela, a filha dela, eu, meu marido e nós fica alí brincando. Aí chega outro, e sempre chamo ela pra ficar assim né. Eu converso muito, se depender de mim eu converso. (MÃE MARIA – APOIO)

O estar-junto das figuras parentais:

Também, mas esse outro irmão morava com o pai, aí o que acontece o papai levava ele no Caps de lá, porque o outro já atende o papai, e o papai sempre levava no médico e o doutor sempre tava trocando o remédio. E esse outro que já morava com a mamãe já não levava porque ele é mais agressivo e como eu não morava com ela e quando era pra ir pro médico tinha de ser eu. Então ele não faz e queria ver se ele pode fazer agora. Começar esse acompanhamento direitinho [...] O outro (irmão) já faz tratamento lá e o que eu vou fazer? Vou pedir pra transferir pra cá, mas isso quando me estabilizar aqui direitinho e ela

(mãe) está muito sobrecarregada. [...] O papai leva! Mas os dois irmãos moram com ela, porque é ela que cuida, comida, roupa, todas essas coisas é ela. Um tem 39 anos e o outro 42, mas isso já faz muito tempo. (FAMILIAR ISMAEL – APOIO)

Ficar junto, amparo, continente:

Mas quando ele tá em surto, eu já não consigo pensar mais em nada (quase chorando). Penso só nele, pra que ele possa sair daquele surto, parece que não anda mais, não tem mais nada entendeu, enquanto ele está alí naquele surto, parece que esquecemos o mundo... A gente não consegue pensar em outra coisa, não consegue pensar em nada, só conseguimos pensar que ele melhore, porque é muito ruim você vê a pessoa alí e não ter como ajudar (chorando) muito, muito, muito ruim [...] Tem surto que ele me ouve, fica meio nervoso, fica agitado, mas ele consegue com que eu ajude ele, mas tem dia que ele está em surto total, não ouve nada, nem que eu fale ai. E é nesses momentos que ele faz besteira, começa a se cortar... Começa a tomar remédio, lá em casa tudo é escondido [...] Quando vou no banheiro ele aproveita, ou então quando vou pegar água, tudo é motivo pra ele [...] E olha que eu escondo as coisas, nunca deixo no mesmo lugar, sempre vou trocando, mudando, né. Mas não adianta (ESPOSA DO RAFAEL)

3.3.2 O não-apoio se faz presente: a ausência do outro faz falta

O não se sentir apoiado pelos familiares é algo que causa sofrimento, dor. Assim, as falas trazem as seguintes concepções:

A fala do usuário:

A trajetória de vida percebida sob a égide do abandono:

Não tive apoio de ninguém, ninguém nunca cuidou de mim e é isso. Eu passei a primeira vez que eu passei a ter uma crise eu fui pro Eduardo Ribeiro e comecei a fazer um tratamento, não sei se pelo fato de querer chamar atenção para minha família, me reconhecer, eu não sei, passei por muitas coisas ruins na minha vida. Eu falei pra minha família, mas eles nunca se importaram mesmo, até hoje não estão nem aí. A minha mãe que quando brigava comigo me chamava de doida, perturbada, louca, débil mental, isso é doida, isso é louca e só, nunca me ajudou a me tratar, nunca me deu apoio, nunca fez nada [...] eu não sei se meus filhos me amam, meu filho mais velho não dá um telefonema, não vai me visitar no hospital, não vai na minha casa, não fala comigo [...] Ele não me procura por nada desse mundo, sou a mãe que dá a vida por um deles, posso estar no hospital morrendo que ele não tá nem aí e não vai me ver, eu fiquei dois meses no hospital ele nunca foi me ver, depois de lá fiquei internada mais umas quatro vezes e mesmo assim não foi e nem quis aceitar uma noite lá. Meu relacionamento com ele é esse e por causa do transtorno bipolar, ele não gosta, eu tô bem aí do nada falo, grito, mas aí porque eles não entendem? Porque eles não buscam me ajudar? (ROSE – NÃO APOIO)

Eu não tenho convívio com a família, gostaria muito, mas eu nunca tive convívio então não sei nem o que é sentir falta. Eu não posso falar que sinto falta de algo que nunca tive, sei lá não sei te explicar não. Queria que fosse diferente, mas. (RAFAEL – NÃO APOIO)

A falta dos que faleceram e a não-compreensão de familiar:

Estou a quatro dias sem dormir completamente e quando eu vou deitar eu vejo meu tio que faleceu, minha tia, meu outro tio, meu biso e minha biso. Toda vez que tô mal eu vejo eles, não sei porque, eu digo pra minha vó e ela não entende isso e é difícil ela não entender.. Se eu contar isso pra uma outra pessoa ela vai dizer que eu sou louca né... (USUÁRIO 10 – NÃO APOIO)

A dimensão da falta do outro é expressa:

Porque assim eu estava na casa da minha irmã, uma outra irmã minha (a mais velha) e depois que aconteceu isso fui para a casa dos meus pais, então não tenho mais contato com a minha irmã, nunca mais vi ela entendeu? Sinto falta do apoio dela. (MARIA –NÃO APOIO)

A fala do familiar

A outra (irmã) como disse assim separou com o transtorno que aconteceu na casa dela que ela nem visita mais a irmã doente. E eu disse assim pra ela dá um tempo assim pra ela entendeu? Ela vai pensar né, ela vai te visitar, vamos voltar bem, se Deus quiser, que fique tudo como elas ficavam, tudo junto, bom acordei pensando assim, porque aconteceu isso senhor? Entendeu? Porque viviam tudo bem, tudo junto entre elas. Estou aqui a uns três anos. (Mãe chorando) Infelizmente essa irmã dela não fala mais conosco, e eu não sei o que se passa na cabeça dela, não sei o que ela pensou né, não iria nunca [...] deixar minha filha doente fora, ia botar ela pra dentro de casa assim como coloquei e colocava qualquer uma delas. (MÃE MARIA – NÃO APOIO)

Para Heidegger (2013) ser-no-mundo é ser de Cuidado. É necessário, contudo, que tenhamos a compreensão do que vem a ser o Cuidado na teoria heideggeriana e, principalmente, como podemos estar estabelecendo relação com o que encontrei nas falas dos participantes.

Para o autor, o cuidado é o modo como procedemos em relação aos entes que nos envolvem no mundo. E o Cuidado é compreendido sob dois aspectos, a preocupação e a solicitude. A primeira designa a relação com os utensílios, objetos, coisas. O segundo é uma existencialia chamada afetividade.

A solicitude, por sua vez, pode ocorrer sob duas formas – presentes nas falas dos participantes – um saltar sobre o outro, movimento que lança o outro

fora de seu lugar, dominando-o e realizando as escolhas por ele e, a outra, é o antepor-se ao outro que pressupõe o outro com possibilidades para ser, é livre para fazer suas escolhas e ser-si-mesmo.

Um dos conceitos que posso estar trazendo neste momento diz respeito às relações sob o viés do Cuidado. Heidegger (2013) assevera que ser-no-mundo é ser-com-o-outro, ou seja, em nosso caminhar pela vida, lançados no mundo enquanto um ser de possibilidades, nossa história, desde o nascimento, é diretamente relacionada à presença desse outro, que na linguagem heideggeriana é concebido como co-presença. Esse Outro faz parte do meu caminhar, o olhar desse Outro é algo que me impulsiona – no caso do apoio – ou me mantém a distância fazendo-me sofrer – o não apoio, o alijar o usuário de seu convívio, utilizar de preconceito e discriminação, inclusive atentar contra a própria vida.

3.4. Con-viver com o transtorno: as idiossincrasias da vivência

A partir da comunicação do diagnóstico, a história dessas pessoas passa por transformações contínuas. Viver a experiência pós-diagnóstico as leva a vivenciar parâmetros de dimensionalidades diferenciadas, tais como: preconceito, tentativa(s) de suicídio.

3.4.1 A vivência do preconceito: con-vivendo com os rótulos

Aspecto presente na fala dos usuários diz respeito à experiência do preconceito. Situações em que o olhar do outro se torna doloroso, onde o julgamento da diferença por parte do outro equivale a maior sofrimento e angústia. Esta subcategoria traz falas apenas dos usuários.

O olhar do outro que “me ignora”, despreza, que não “quer ver”:

Eu disse escuta aqui, não é porque a pessoa tem um problema que se dá como louco, porque eu não sou doída! Doido rasga dinheiro! Eu não rasgo dinheiro não! Eu tenho um problema sério. Eu não vou andar com um letreiro na minha testa, eu tenho isso, eu sou assim! Porque lá onde morava muita gente já sabia que eu fazia tratamento e eu via que tinha pessoas que eram preconceituosas, pessoas que me ignoram, as pessoas julgam pela aparência como tu pode tá olhando pra mim e pensar, essa mulher não é assim não é? Tá entendendo, mas é lá dentro (no interior) e não aqui (na aparência) é dentro . (ROSE)

Você tem um transtorno né, aí se acha diferente, acha que transtorno é desprezado, tá fora da sociedade né. (USUÁRIO 3)

São piores que qualquer um aqui porque eles não sabem o que a gente passa, o que a gente vê, o que a gente sente, é por isso que eu fico chateado, não sabe o que a gente vê, nem o que a gente passa, o que sente.. Nos tratam com preconceito. (USUÁRIO 11)

Na igreja nada me incomodava que eu não participava mesmo só ia nos cultos mesmos lá. Os cultos ajudavam, de mim não cobravam nada, agora da minha irmã eu não sei que me levava né. Ainda tinha as minhas roupas que incomodava eles, meu jeito de me vestir, eu me vestia assim desse jeito que eu tô (saia e blusa com decote) pintava meu cabelo colorido, aí isso incomodava na igreja né, acho que era preconceito só porque eu sou assim, doente, aí só que acho que eles não falavam pra mim e só pra minha irmã, aí acho que ela ficou chateada comigo. (MARIA)

3.4.2 Sofrimento, dor, cansei de tudo: o suicídio é tentado

Dada a pluridimensionalidade do viver sendo-diagnosticado-com Transtorno Psiquiátrico, ou seja, ter a existência vivida sob o viés da dor e do sofrimento, muitas vezes tentando o suicídio sob diversas formas, sem saber mais por onde caminhar, sem saber quais rumos pudessem percorrer de modo a deixar a experiência pela qual estavam passando.

Eu tentei me matar, tomei um copo de água sanitária. Minha mãe não entendia o porquê, tentava me jogar na frente de carro, mas não só por ele, quando era novinha também tentei me matar, eu com 13 anos já tentava fazer isso devido meu passado e com 17 anos também. Isso aqui foi um corte que eu me furei, tá vendo bem aqui em cima das veias? Um aqui, outra aqui e outro aqui foi eu que furei, depois eu tentei por várias vezes me jogar na frente de carro, alguém via e não deixava, tentei me enforcar aí na hora, outra vez eu deitei no colchão, parece que nunca tive sorte pra isso, aí peguei o isqueiro, me deitei, sozinha e acendi o lençol na ponta que começou a pegar fogo, e meu filho nunca ia me visitar, mas por incrível que pareça ele chegou bem na hora... Aí outra vez peguei a tesoura tentei me matar, a três anos atrás eu fiz isso aqui, tá vendo vários golpes? [mostra o braço] E até hoje eu sinto vontade. (ROSE)

Foram quase 8 horas de surto sem parar foi horrível. Já me veio à cabeça as vezes que tentei cometer uma besteira comigo de novo. (USUÁRIO 1)

Sabe dr. Lhe falar tá vendo essa marca aqui? (cutting) já tentei me matar 4 vezes e essa é foi última, isso aqui foi com estilete. Aqui é porque já cicatrizou algumas e só sobraram essas grandes, a última

vez cortei assim e assim (jogo da velha) em casa... Sei lá dr. Quando isso aconteceu a primeira vez, acho que foi, sei lá tinha um mês que tinha descoberto que tinha depressão aí eu já não saía de casa, já não saía mais, não fazia mais nada, sei lá, não vivia mais. Aí comecei a decair né doutor, já sei lá, tanto faz como tanto fez, não ligava mais pra nada, era uma tristeza, uma tristeza, um vazio que eu tinha. (RAFAEL)

Aconteceu porque eu quis agredir ela [a] irmã], me alterei, quis tirar minha vida, quis explodir a casa dela. Desde que aconteceu isso não vi mais a minha irmã. (MARIA)

Esta categoria ressalta o que considereei como idiosincrasia, a fala dos participantes trouxe situações vivenciadas que considero de abrangência ímpar, as experiências acerca do preconceito e as tentativas de suicídio. Ora, considerando o que Heidegger (2013) denomina como *Geworfenheit*¹³ ou derrelição – caracterizado pelo *Dasein* ter sido lançado no mundo da doença, demonstra por um lado a *inautenticidade* na relação do Outros para com os usuários no sentido de que lançam sobre os mesmos o olhar embasado em certezas acerca da “loucura” e do “louco”, publicizando a impessoalidade através do julgamento de valor, do apontar, da efetivação da menos-valia.

Para o autor, o ser-com-os-outros é de fundamental importância para que o *Dasein*, inicialmente aberto face a uma relação direta com esse Outro, torna-se a pouco e pouco, ou seja, progressivamente, um modo de rendição ao “se”, uma vez que, daqueles com quem os usuários se relacionaram em algum momento, receberam interpretações distorcidas, preconceituosas e discriminatórias, ou como Heidegger (2013, p. 348) revela “criadas e veiculadas por esse outro permeada pelo anonimato, os outros anônimos”. Dessa forma, uma vez que o *Dasein* está mergulhado no mundo, sendo lançado nesse mundo, peremptoriamente, no cotidiano, absorverá as várias interpretações sobre o mundo, sobre os que com ele convivem, e sobre si mesmo. E, não raras vezes, essas interpretações podem ser originadas e mesmo impostas por esse Outro que não compreende a dimensionalidade do ser-diagnosticado-com transtorno psiquiátrico, levando-o (o Outro) a emitir julgamentos e adentrar pelo aspecto da

¹³ Em português derrelição: decair, cair.

linguagem que o autor denomina *falatório*, onde o falar é permeado por juízos de valor e prenhe de incompreensões, de insanidades.

Contudo, percebi em algumas das falas no que concerne aos usuários, houve o que Heidegger (2013,2012,2003) nomina como *autenticidade*, uma vez que, mesmo diante do que lhe é dito, compreendem a sua dimensão de unicidade, de singularidade, de valor e, nesse ínterim, realizam o enfrentamento; trazem para si mesmos a responsabilidade por mostrar que não são apenas um rótulo, um quadro nosológico, o transtorno em si mesmo.

Por outro lado, a experiência com o outro machuca e, considerando o que foi descrito anteriormente (2 parágrafos), pode ocorrer a sujeição ao “se”, caracterizando *inautenticidade*, tendo em vista que, incorpora em si mesmo o que o falatório do Outro teima em trazer, absorve o que vem do entorno e nesse momento, a mágoa e a dor são refletidas.

No que diz respeito às tentativas de suicídio, os usuários revelam o ponto máximo de seu desespero em relação ao convívio com o transtorno psiquiátrico. Há como diz Heidegger (20013; 2012) como que um esquecimento de si mesmo e o Dasein se lança em direção à certeza da existência, o não-mais-ser; não há a concepção do devir, do futuro, da possibilidade de seguir adiante; não percebe que nele habitam suas possibilidades de ser. O movimento é de buscar a finitude, o limite do humano e, dessa forma, caracterizar o que este pensador problematiza em sua teoria ser-no-mundo é Cuidado, mas, por outro lado, é um ser-para-a-morte. E as falas dos participantes da pesquisa me remeteram a reflexão do quão inimaginável é, para quem está “aqui fora”, a angústia existencial decorrente da facticidade, o quanto o existir tornou-se comprometido pelo diagnóstico do transtorno psiquiátrico.

O sentido de mundo deixa de existir. O existir passa a ser um peso impossível de carregar. Vivencia preocupação excessiva pelo fato de não saber mais que é, não se ouve mais, o ser-lançado no mundo da doença torna-se de tal forma angustiante que aos usuários nada mais resta, o vazio existencial substancialmente os absorve, o mundo se torna estranho, a vida se torna estranha, o ser-si-mesmo é estranho. Então o olhar se volta contra o continuar a ser-si-mesmo, o atentar de modo a não-mais-ser é efetivado.

3.5. O devir, o vir-a-ser: perspectivas

A vida foi transformada a partir da comunicação do diagnóstico. Mesmo diante dos revezes que passaram a ocorrer desde esse momento, os usuários anseiam pelo futuro, pelo devir, ou seja, por possibilidade de ser considerado além do Transtorno, além do quadro nosológico. Como ressaltam na primeira subcategoria “querem ser normais”.

3.5.1 O trabalho como parâmetro de ser saudável, o sentido da “normalidade”

Aliados de seu cotidiano em virtude do transtorno, os usuários têm um anseio, um sonho: retornar ao trabalho. A dimensão de sentido atribuído ao trabalho é algo que representa a dor por estar à margem da sociedade. Suas percepções é de “normalidade”, tornar-se-iam “normais.

Só que eu nunca consegui arranjar um emprego, Eu gostaria de ter uma oportunidade de ter um bom tratamento, eu queria ser normal, trabalhar de carteira assinada, sair de manhã, ir pro trabalho, essas coisas. Eu acho bonito ver uma pessoa ir trabalhar, acho bonito ver uma pessoa se formar, alguém ter uma profissão, eu admiro, sabe quando tu tem um sonho? Esse seria o meu sonho, tenho o sonho de voltar a trabalhar e estudar. Não sei se é possível, mas gostaria de tentar. (ROSE)

Porque na primeira dificuldade que eu vejo eu quero desistir, nem como ouvinte na faculdade eu consegui... Tudo pra mim é difícil... É.. De trabalhar, ter um emprego e me sentir normal de novo. (USUÁRIA DO CAPS 2)

Eu queria arrumar um emprego quero a segurança do emprego, me sentir uma pessoa normal de novo. (USUÁRIA DO CAPS 9)

Aah doutor trabalho né? Tu é doido é, é uma coisa que sei lá né, vivia pra trabalho minha vida era trazer as coisas pra dentro de casa, hoje em dia tipo, sei lá, quero comprar um tênis pro meu filho eu não posso pô, dependendo do INSS que é mil e um pouquinho por mês. Me vejo daqui a um tempo livre disso, diminuir o remédio, conversar com o doutor, ainda tomo 11 remédios por dia ainda, espero diminuir e sei lá arrumar um emprego acabar esse negócio de INSS e trabalhar de carteira assinada como sempre foi, sair de casa de manhã ir pra luta [...] Ah dr. Eu me sinto impotente né, me sinto, sei lá, de não poder honrar o compromisso de homem, sou meio quadrado sabe!? Fui criado que o homem tem que trabalhar e a mulher cuidar de criança eu cresci assim [...] ser normal [...] E não conseguir trazer o sustento para dentro de casa é o que mais me afineta assim, porque sei lá dr. Porque lá eu recebia aquele ticket alimentação, chegava no mercado e comprava, sei lá, 50 reais de danone. Sei lá, gostava de ter as coisas tudo bem né!? Dentro de casa pra num, sei lá. Pra ter as coisas pros

meninos pra não faltar, hoje eim dia, p., não posso mais fazer nada disso... (RAFAEL)

Eu tenho é dúvida se um dia eu vou poder ter uma vida normal mesmo, se eu vou poder trabalhar, porque trabalhando me sinto normal né, se vou poder levar minha vida normal, tô falando assim se eu vou poder agora mesmo, porque o médico me afastou 3 meses, mas só ele vai poder confirmar né... Tem que pensar positivo né, sou tão jovem... (MARIA)

Rapaz eu me sento, sento, sento muito bom não que eu tô envelhecendo. (fala muito rápida, com repetidas batidas da mão na mesa). É vovó eu tô envelhecendo, que a gente, tem tem tem, tempo de velho e de quem era novo, é isso mesmo chefe, depois que passa dos 28 anos já não presta pra nada. Hoje eu vivo um peso muito ruim, quando era novo né, eu levantava quase 30 toneladas de peso, hoje né eu não levanto 30 toneladas, levanto menos de 12 toneladas de peso né. Rapaz eu trabalhava com carpintaria né, era com negócio de fazer “batelão” aí trabalho avulso, negócio de fazer canoa né. Agora eu não consigo mais, queria voltar a trabalhar, mas tô fraco, queria ser normal. (ISMAEL)

3.5.2 E além do transtorno, as expectativas

Ter o existir reconfigurado a partir da comunicação do diagnóstico. Mesmo tendo a vida redimensionada em decorrência do transtorno e consequente quadro nosológico que ai se instaura, essas pessoas têm expectativa no que concerne à sua vida daqui por diante, a esperança se faz presente nas entrelinhas dos discursos.

Fala do usuário

Eu tô tendo confiança em mim, mas, as vezes é difícil porque a pessoa ter crise desde os 16 anos sem parar não é fácil! Ainda mais tendo uma crise atrás da outra, eu tô melhorando, se eu tenho um problema, eu vou ter, eu tenho minhas limitações, eu sei que é difícil, eu sei que nunca vou conseguir fazer uma faculdade porque é muito complicado... (USUÁRIO 1)

Pô doutor de uns tempos pra cá tenho melhorado, tenho melhorado, graças a Deus eu não tipo assim. Aquele peso que tinha já não tenho mais, já saio, já vou na padaria, já levo meu filho na escola que é perto de casa. Se precisar fazer alguma coisa com urgência tipo vir pra cá – porque eu tenho dois filhos um de 9 e um de 2 anos – então pra sair com a minha esposa o de 2 anos tem que vir também e o de 8 tem que correr porque ele tem que ir pra aula uma hora, então é corrido, aí eu venho pra cá, tipo hoje que tinha que fazer terapia, vim sozinho. Tanto a vinda quando a volta tem sido tranquila, até porque não tem trânsito

e é perto não é tão longe, é contramão, mas é perto, aí não tem problema [...] Mas, tenho expectativa de voltar a trabalhar de voltar a ter a minha vida, de voltar a dar o conforto aos meus filhos, são pelo menos as coisas que eu sonho né dr. O que eu mais sonho em ter é minha de volta, Eu queria ter a metade da vida que eu tinha no RJ, antes de ter essa doença... ajudar minha esposa com o que eu pudesse [...] Minha maior alegria são meus filhos, os levei ao menos pra tomar um sorvete e graças a Deus eu consegui fazer e no dia de pagamento levo eles no centro compro uma bermuda, uma sandália, vamos de ônibus, moramos perto do ponto de ônibus. (grande alegria). (RAFAEL)

Eu tenho por Deus que vai ficar tudo normal como era antes né, porque é difícil essa situação, acontecer isso né. Tenho uma filha né, tenho que viver bem né... Quero voltar a ter uma vida normal, um trabalho, um marido, uma vida como era antes, eu quero muito. (MARIA)

Fala do familiar

Mas graças a Deus eu falo pra ela né, o dia que der, nós vai dar uma parte assim, de lá pra ela né, pra ela fazer a casinha dela, esperamos que ela melhore mais, pra ela trabalhar , pra ela viver uma vida saudável e bem assim (beijando a testa da filha) como ela vivia, e acredito que ela vai viver bem ainda se Deus quiser, com trabalho. Não sei se ela volta né... Mas... (MÃE DA MARIA)

Para Heidegger (2013), a primeira etapa a ser efetivada na conquista da autenticidade é o necessário mergulho – ou poderia dizer defrontamento¹⁴ - do *Dasein* com sua própria morte que no caso dos usuários atribuo a perda da autonomia, a perda de sua vida anterior, as crises, a medicação que muitas vezes os deixa letárgicos, dentre outros. Essa combinação angústia e perspectiva de morte aniquila o sentido que é atribuído apenas ao mundo e ao pensar do Outro para o *Dasein*; o *Dasein* se recolhe a si mesmo, sente que é nele que habitam as suas possibilidades de ser, e que apenas a ele cabe a decisão de onde emprega-las, em sua existência, agora compreendida como finita.

Passando por essa etapa, o *Dasein* deixa para trás a preocupação excessiva com o mundo. Contudo, seu existir ainda permanecerá na malha interpretativa do “se”. Outra etapa advirá após essa primeira, quando o “se” será

¹⁴ Ato de defrontar-se com

vencido. Ora, recolhido a si mesmo, após o defrontar-se com sua própria finitude, passará a escutar em si mesmo a voz da consciência, que através do silêncio lhe falará relembrando sua origem existencial enquanto um ser lançado no mundo e que, esta condição de ser lançado no mundo, tem o sentido de perceber que lhe falta o poder fundamental sobre seu existir, sobre sua existência. A esta falta de poder relacionada a origem de sua existência enquanto deficiência estrutural, Heidegger (2012) denomina de *culpabilidade*.

É a partir do ouvir a voz da consciência que a culpabilidade se apresenta e, nesse movimento, ocorre a destruição do poder que o “se” tinha sobre o *Dasein*, anulando a falaciosa construção edificada por ele (o *Dasein*) do mundo, dos outros e do próprio *Dasein*. Dessa forma, a consciência convoca-o a realizar sua potencialidade de ser ele mesmo. Partirá, dessa forma, a realizar-se a si mesmo, cômico de que é lançado no mundo, ser-no-mundo, finito. Parte para concretizar seu ser, reintegra-se ao mundo e aos outros, mas de uma forma que não mais esquecerá de si mesmo ao lidar com objetos intramundanos e com os outros.

Em suas falas, os participantes elencados nesta categoria, buscam essa autenticidade, uma vez que, foram buscar em sua historicidade, nas vivências até este momento experienciadas, modelos de possibilidades autênticas de existência. Há, de certo modo, um recriar o passado, anexando-o a este momento presente transformado. Já conseguem perceber a dimensão do ser-diagnosticado com transtorno psiquiátrico e o que isto representa em termos de si mesmo e de suas relações interpessoais (familiares e pessoais). É o movimento chamado por Heidegger (2013) de *repetição*. E, no momento em que este processo ocorre, o autor chama a atenção de que este movimentar configura-se em algo que chamou *destino*, que é a força que surge, diria mesmo brota do *Dasein* mesmo, e que é o terreno que o prepara para realizar o enfrentamento de quaisquer tipos de circunstâncias. Assim, os usuários e familiares percebem que é na concretude do dia a dia, enfrentando as situações que se configuram em seu dia a dia, e na possibilidade de encontrar algo em que se percebam produtivos que poderão ser ver além do transtorno que os acomete.

3.6. A importância da escuta psicológica, da terapia

Os participantes, usuários e familiares, ressaltam a necessidade da escuta psicológica, onde o atendimento psicoterápico é um movimento no sentido de sentirem-se bem, ou seja, o acompanhamento oferecido pela instituição é bem aceito, é considerado importante para o processo de autonomia preconizado pela proposta do CAPS.

Fala do usuário

[...] um psicólogo que me dá atenção necessária, aí a pessoa se sente bem, fala tudo que quer, que sente necessidade. (ROSE)

Mas se disser isso tudo que te digo diretamente ao Psicólogo ele vai entender melhor. (USUÁRIO 10)

Mas a terapia dr. É uma coisa que assim que com o psicológico cara, tua acha que, sei lá só tu tem problema no mundo, tu chega aí tem um monte de gente igual a você, pra mim foi uma coisa que p..., melhorou, sei lá, pra mim já foi uma luz a mais né, o negócio é que, sei lá eu fique até contente que tinha gente igual eu, graças a Deus a psicoterapia tem melhorado. Eu tenho ouvido minha história, tenho contado a minha história [...] eu até gosto dr. Tem um ou dois alí que acho meio nojento (risos). Eu gosto dalí, eu me sinto bem, todas as terças estou aqui... Eu só venho uma vez na semana... e não tenho como dar uma opinião a mais sobre tudo isso (caps)... (RAFAEL)

Eu mudei aqui, no começo assim, logo que saí do hospital, vc não tinha, ops, eu não tinha noção das coisas, só tive mesmo quando entrei para a consulta e as terapias, que percebi que tinha e o que eu tinha feito, tanto que eu nem conversei tanto com o psiquiatra, que falou mais foi meu irmão, por que eu não lembrava de nada. Eu trabalhava tudo normal... (MARIA)

Fala do familiar

Eu gostei desse local, poucas coisas que vim que foram duas vezes, eles nos tratam bem, achei legal, pelo menos temos experiências do que eles falam, eu também gostei da terapia, do grupo, das conversas, achei bem legal. (MÃE MARIA)

Sabe minha mãe precisa de acompanhamento, da terapia e do psiquiatra... Ela não tá no normal dela, tenho certeza, n fala coisa com coisa, coloca doença nela que ela n tem e também um dia desses foi comprar umas coisas no mercado sozinha e uma vizinha de lá falou que ela parou e não sabia mais para onde estava indo, ficou desorientada, ela não sabia o que estava fazendo o que ia fazer, ela não sabia mais. Aí ligaram pra mim, que moro no São Jorge e ela na compensa, pra eu poder ir lá ver o que estava acontecendo. Então minha mãe está muito sobrecarregada... [...] Lá onde nós morava n tinha um lugar pra estudar e ocupar a mente né, só tem pra criança e

não pra adulto. Pra tirar a mente pra outra coisa, tá entendendo? Não tem nenhuma atividade pra ele ocupar mente... O que tem é pra criança lá nas quadras, mas aí já é perigoso porque se envolve com as drogas, aí já viu. Ele precisa e não tem. (FAMILIAR ISMAEL)

Estas falas me remetem à questão da clínica traduzida por mim no sentido de que, conjuntamente com aquele que vem até nós, acompanhar esse outro na busca do resgate de sua abertura ao ser, isto é, ao poder-ser, em suas multiplicidades possíveis. Trata-se de um re-pensar crítico, meditante, acerca do próprio habitar no horizonte de sentidos que somos nós, que nós habitamos. Afinal como nos dizem Dutra, Feijoo, Frota, Sá & Gemino (2018, p.144)

Para que um homem possa compreender de uma maneira mais livre um horizonte histórico de sentido é necessário que ele compreenda sua habitação prévia neste horizonte e não ceda prematuramente à ilusão voluntarista de dominação e controle da realidade.

Deste modo, eu psicoterapeuta, de posse de meus conceitos e pré-conceitos, desalojados a partir de uma perspectiva nova acerca da compreensão do homem e do mundo, realizo meu encontro com essa pessoa que busca ajuda. E essa ajuda se dará com a compreensão do homem como um ser-aí, um ser-junto-ao-mundo, evidenciando a impossibilidade de pensá-lo como uma substância fechada, pronta, uma mônada, um quadro nosológico. Percebo nas falas dos usuários e familiares o quanto tem sido importante a atividade psicoterápica realizada na instituição, considerando como passaram a se sentir após essa atividade. Como percebo o processo psicoterápico realizado?

Para que a concepção dos usuários em relação à psicoterapia acima externada possa ser entendida, sob o viés fenomenológico posso inferir que o usuário é compreendido como abertura ao mundo, uma clareira iluminada pela facticidade (HEIDEGGER, 2013). Dessa feita, seu caráter revela-se como de indeterminação e irremediavelmente histórico. Considerando o que Heidegger pressupõe é dar um sim e um não à técnica. Dar um sim, porque ela nos constitui enquanto ser vivente neste horizonte histórico cominado pela técnica. Dar um não, porque ela tem a “leveza da falsidade”.

Apelamos uma vez mais para a serenidade (*Gelassenheit*) que evoca um pensamento meditante, convocando-nos a uma atenção livre de violência

subjetiva, livre de identificações exclusivas das coisas, possibilitando, dessa forma, uma preservação da abertura compreensiva da diferença irreduzível das coisas. Como nos diz o filósofo da Floresta Negra:

O pensamento que medita exige de nós que não fiquemos unilateralmente presos a uma representação, que não continuemos a correr em sentido único, na direção de uma representação. O pensamento que medita exige que nos ocupemos daquilo que, à primeira vista, parece inconciliável (HEIDEGGER, 1959/2000).

Cumprir compreender que enquanto terapeutas, somos ao mesmo tempo todo mundo e si-mesmo, é preciso estar atento à relação de ajuda que nos é solicitada, compreendendo que estamos numa pré-compreensão da verdade como desvelamento das múltiplas possibilidades históricas de sentidos dos entes, como asseverava Heidegger. Assim, a re-presentação metafísica do homem é somente re-presentação, uma vez que é falseada pela ideia de substancialidade, de uma subjetividade interna que convive com uma realidade externa. O saber clínico essencial é aquele que somos e não o que temos enquanto representação conceitual. E os usuários falam acerca disso, peremptoriamente, ao citar que a terapia “é luz”, “atenção”, “entendimento”.

As falas trazem a experiência de abertura para o outro na visão dos usuários. E o que seria isso, senão o cuidado? E pensar assim, só é possível, portanto, quando estamos apropriados de uma visão existencial de ser-no-mundo, o que implica, necessariamente, considerar o “cuidado” como um modo de estar-no-mundo-com-os-outros.

Psicologia é vivência; Psicologia é entrega; Psicologia é um caminho a ser percorrido junto a esse Outro sob a forma de aprendizagem e aprendizagem; Psicologia é se possibilitar estar-com, indo além de minhas perspectivas e concepções. Psicologia é se possibilitar!

Castro, Psicologia Fenomenológica (2019)

À guisa de Considerações Finais

A facticidade da comunicação do diagnóstico de transtornos psiquiátricos atinge tanto o ser acometido como todos em sua volta, geralmente seus familiares ou acompanhantes. Momentos esses que puderam ser observados nas narrativas de todos os participantes e seus familiares, um momento ímpar onde o ser se encontra perdido com o peso da não aceitação do diagnóstico na sua existência propriamente dita, momento esse onde geram dúvidas, anseios, temores e medo do se distanciar da “normalidade do ser qual todos conhecemos” e de despencar no abismo da “loucura”, sem a possibilidade de volta e perdendo de si mesmo.

Creio que a Dissertação atingiu o objetivo a que se propôs, o de compreender as vivências de pessoas diagnosticadas com transtornos psiquiátricos e seus familiares e/ou acompanhantes inseridos no sistema de saúde mental na cidade de Manaus. Contudo, percebo que a trajetória da pesquisa em si mesma propiciou que, enquanto pesquisador, pudesse ir além dos questionamentos elencados no projeto de pesquisa inicial. Possibilitou-me a imersão como um todo no ambiente da pesquisa, desde a primeira entrevista, até a análise dos últimos dados.

Utilizar os parâmetros da Fenomenologia – especificamente Heidegger – e o método fenomenológico de pesquisa em psicologia, possibilitou-me vivenciar as várias dimensões do fenômeno, haja vista que, a receptividade que encontrei na instituição onde foi realizada a pesquisa, desde o acolhimento da temática ao acesso a prontuários dos usuários; da colaboração dos funcionários do público à aceitação e pronto atendimento dos prováveis colaboradores da pesquisa, permitiram que a imersão nesse universo – para mim inimaginável até esse momento – pudesse me fazer mergulhar mais e mais nas histórias de vida que me foram trazidas por cada um daqueles que ali estiveram comigo.

Cada vida que me foi trazida mostrou a pluridimensionalidade do ser-no-mundo com diagnóstico de transtorno mental e o ser-familiar e/ou acompanhante. Percebi através do temporalizar de cada um, o quanto de dor e sofrimento foi vivenciado, principalmente a partir da crise que originou o

encaminhar-se para o serviço de saúde; compreendi que o sentido atribuído ao momento da comunicação do diagnóstico redimensionou o caminhar de cada um dos participantes, redimensionou o olhar sobre eles próprios, redimensionou o olhar sobre o entorno, redimensionou o olhar sobre o outro.

O Outro é percebido a conta de quem consegue caminhar junto ao usuário, o que apoia, o que é generoso e solidário para com ele nesse novo momento de vida; entretanto, se por um lado há os que apoiam e este apoio é percebido como fundamental para suas vidas a partir da comunicação do diagnóstico de transtorno mental, por outro lado existem os que os afastam, os que os julgam, os que não olham para suas trajetórias com um olhar mais ameno. A ausência desse outro machuca, dói. E o olhar do Outro unindo-se ao olhar sobre si mesmo, a dor, o sofrimento e a angústia, facultam a vivência de idiosincrasias.

Ser-diagnosticado com transtorno mental significa perceber a crueldade, o julgamento, o preconceito e a discriminação oriundos desse outro que não consegue compreender a amplitude de ter a vida atingida de modo inimaginável por esse fato. Outros sofrimentos esse outro os faz vivenciar: o ignorar, o desprezar e o não querer ver.

A possibilidade de terminar com o próprio existir é um caminho presente no pensamento dos usuários. Fica claro que, devido a transformação que solapou suas vidas, reiteram que viver dessa forma, sob a égide do rótulo, da dificuldade (ou dificuldades) em decorrência da medicação, não conseguem auxiliar em casa da forma como gostariam, sentem-se apêndices apenas no nicho familiar, sentem-se responsáveis e culpados pela modificação na configuração familiar, o caminho para alguns usuários seria antecipar sua morte, livrar-se do que estão sofrendo. Contudo, eles têm perspectivas.

Chama a atenção um fato: mesmo diante de tantos revezes, os usuários sonham em relação ao devir, em relação ao futuro. A busca por serem “normais” é algo que vai além do apenas querer, atribuem sentido à possibilidade de conseguirem trabalho para auxiliar a família. Criam expectativas no sentido de continuar os estudos, de poder caminhar junto aos filhos, têm esperança o que os faz sorrir e se percebem como ser-de-possibilidades. E isso com o auxílio profissional.

Diante dos discursos obtidos pelas entrevistas e da minha percepção enquanto pesquisador, foi possível identificar a importância e a necessidade que é dada pelos usuários e familiares aos serviços oferecidos e pelo acolhimento que o CAPS pode proporcionar, principalmente no primeiro contato, a partir do diagnóstico. A psicoterapia e a atuação do psicólogo foram consideradas fundamentais para que esse processo – sim, não há como não falar em processo – no sentido de que com a ajuda profissional o caminhar será mais efetivo, mais seguro.

Afirmo o quanto é interessante pensar que esta dissertação poderá suscitar novas inquietações que evidenciam a importância deste tema ser mais explorado, dando assim margem a novas possibilidades de pesquisas a partir dos dados que surgiram das entrevistas, percepções pessoais do meio, compreensão do vivido a partir dos discursos e dados obtidos. Dessa forma, penso que outros estudos poderão estar sendo realizados: a) acerca do olhar do profissional sobre o seu fazer no CAPS; b) sobre as tarefas ali realizadas e direcionadas aos usuários e seus familiares e/ou acompanhantes; c) a vivência da espiritualidade enquanto enfrentamento, dentre outros. Muito a pesquisar, muito a estudar.

Importante frisar a ampliação do conhecimento, do poder transformador em algumas áreas, a roda terapêutica, por exemplo, quando participei junto com a psicóloga e equipe, quando posteriormente foram observadas mudanças positivas na configuração grupal; e até mesmo a dimensão de mudanças nas pessoas que participaram da pesquisa, haja vista que, percebi esse momento promovendo o bem estar como um todo e melhor qualidade de vida, além da contribuição na elaboração de novas estratégias no acompanhamento dos usuários diagnosticados com transtornos psiquiátricos e seus familiares possibilitando melhoria no atendimento dos que procuram esse serviço.

Sugere-se, a partir desta pesquisa que: seja observada a demanda grandiosa que a instituição recebe e mesmo com a boa vontade de gestor e profissionais algumas questões são vivenciadas, como a adequação da infraestrutura; quantidade de medicamentos uma vez que, dado o número de pessoas acompanhados pela instituição, usuários e familiares ressaltaram que passam até três meses à espera; a contratação de mais profissionais de saúde

mental (psiquiatras, psicólogos) de forma a acompanhar de forma mais efetiva, tendo em vista o retorno ser prolongado; que a gestão possa estar estabelecendo parcerias com o Centro Social Urbano do bairro no sentido de propiciar atividade física; capacitar familiares e/ou acompanhantes através da produção de cartilhas pelo Laboratório de Psicologia Fenomenológico-Existencial nos aspectos lidar com a crise, direitos dos usuários, dentre outros.

Sabemos que é difícil de girar em torno de expectativas no método qualitativo de pesquisa, porém pude evidenciar na prática durante o ambiente da pesquisa, nas falas, nos encontros, nas observações, fatores os quais me inquietavam, ainda em meados de 2014, durante a graduação de Psicologia. Momentos esses da pesquisa que me fizeram ter certeza que estava no caminho certo, logo percebi o quanto que poderia contribuir com a sociedade de uma forma geral com esta pesquisa. Fatores esses que me geraram curiosidades e indagações enquanto pesquisador e que me motivaram e fizeram ir além, ir em busca do desvelar desse ser – e o meu próprio, pois estávamos ambos em uma relação intersubjetiva - para sua total compreensão.

Penso que este estudo me trouxe algo muito significativo: o sentido de ser humano, psicólogo e pesquisador que se ampara na Fenomenologia: a necessidade de pensar o homem para além das teorias classificatórias, entre elas as desenvolvimentistas, de aprendizagem, de personalidade etc. É, na verdade, um hercúleo exercício de fazermos uma antropologia do ser-aí, partindo de uma dimensão de homem e de mundo diametralmente distante do que aí está posto. Me distancio de modelos, técnicas, procedimentos e caminhos já traçados de acesso ao homem. Assumo, dessa forma, uma posição crítica com relação aos projetos cientificistas da psicologia moderna.

REFERÊNCIAS

- ACHARÁN, J.T.O Emoções no contexto da psicoterapia fenomenológica existencial. In FEIJOO, A.M.L.C & LESSA, M.B.M.F. *Fenomenologia e Práticas Clínicas* – Rio de Janeiro : Edições IFEN, 2014, pp.
- AMATUZZI, M. M. Pesquisa fenomenológica em Psicologia. In BRUNS, M.A.T. & HOLANDA, A.F. (Orgs.), *Psicologia e pesquisa fenomenológica: Reflexões e perspectivas* - 2ª. edição - São Paulo, SP: Ômega, 2011, pp 15-22.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V. [2014]). Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AMATUZZI, M. M. Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 13(1), 5-10, 1996.
- ANDRADE, C. C. & HOLANDA, A. F. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(2), 259-268, 2010.
- BAUCHESNE, H. *História da psicopatologia*, São Paulo : Martins Fontes, 1989
- BELLO, A.A. *Fenomenologia e ciências humanas: psicologia historia e religião*. Bauru, SP: EDUSC, 2004, 96 p.
- BINSWANGER, L. *Introduction a l'analyse existentielle*. Paris : Les Éditions du Minuit, 1971
- CAO, F.; SALEM, H.;NAGPAL, C; TEIXEIRA, A.L. Prolonged delirium misdiagnosed as a mood disorder. **Dement. Neuropsychol.**, São Paulo, v.11, n. 2, p. 206-208, jun. 2017
- CARDINALLI, I.E. A psiquiatria fenomenológica: um breve histórico. *Daseinanalyse* (Associação Brasileira de Daseinanalyse), n. 11, p.72-84, 2002
- CASTRO, E.H.B. *A experiência do diagnóstico: o significado no discurso de mães de crianças com câncer à luz da filosofia de Martin Heidegger* – Ribeirão Preto. Faculdade de filosofia, ciências e letras de Ribeirão Preto. USP. Tese (Doutorado). 2009, 182p.
- DARTIGUES, A. *O que é a Fenomenologia?* Trad. Maria José J. G. de Almeida – 9. Ed. – São Paulo : Centauro, 2005, 152 p.
- EVANGELISTA, P.E.R.A. Psicoterapia e psicopatologia daseinanalíticas – articulações a partir de um caso clínico de perversão. In: FEIJOO, A.M.L.C & PROTASIO, M.M. *Situações clínicas I : Análise fenomenológica de discursos clínicos* – 1. Ed. – Rio de Janeiro, RJ : IFEN, 2015. pp.225-238.
- FEIJOO, A.M.L.C. As diferentes etapas da psicopatologia fenomenológica. In: FEIJOO, A.M.L.C & LESSA, M.B.M.F. *Psicopatologia: fenomenologia, literatura e hermenêutica* – 1.ed.-Rio de Janeiro, RJ : IFEN, 2016, pp. 19-60.
- FEIJOO, A.M.L.C & LESSA, M.B.M.F. *Fenomenologia e práticas clínicas II* – 1. Ed. – Rio de Janeiro, RJ : IFEN,2017.

FERNANDES, M.A. Do cuidado da Fenomenologia à Fenomenologia do cuidado. In: PEIXOTO, A. J. (Org.) *Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares* – Curitiba : Juruá, 2011, pp.17-32.

FLORES, S.M.; SALUM, G.A.; MANFRO, G.G. Dysfunctional Family environments and childhood psychopathology: the role of psychiatric comorbidity **Trends Psychiatry Psychoter.**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 147-151, set. 2014

FONSECA, J. J. S. *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza, CE: UEC. (Apostila), 2002.

FORGHIERI, Y. C. *Psicologia Fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2011

FOULCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1984.

_____, *História da loucura*. São Paulo : Perspectiva, 2000. (Original de 1961).

GIORGI, A. & SOUZA, D. *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa, Portugal : Fim do Século, 2010.

GOMES, W. B. *Fenomenologia e pesquisa em Psicologia*. Porto Alegre, RS: Editora da Universidade/UFRGS, 1998.

GOTO, T. A. *Introdução à Psicologia Fenomenológica: a nova psicologia de Edmund Husserl* – São Paulo : Paulus, 2008 (Coleção Temas de Psicologia).

HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo*. Petrópolis: Vozes, 2013.

_____, *Sobre a essência da linguagem: a respeito do tratado de Herder “sobre a origem da linguagem*. Tradução de Enio Paulo Giachini, - Petrópolis, RJ : Vozes, 2015. – (Coleção Textos Filosóficos).

_____, *Ontologia: Hermenêutica da Facticidade*. Tradução de Renato Kirchner. – Petrópolis, RJ : Vozes, 2012. – (Coleção Textos Filosóficos)

_____, *Os conceitos fundamentais da metafísica: mundo, finitude e solidão*. Tradução Marco Antonio Casanova. – Rio de Janeiro : Forense Universitária, 2003.

HOLANDA, A.F. Gênese e histórico da psicopatologia fenomenológica In: ANGERAMI-CAMON, V.A. *Psicologia e Brasilidade*. – São Paulo : Cortez, 2011, p. 115-160

HOLANDA, A.F. *Fenomenologia e Humanismo: reflexões necessárias* – Curitiba, PR : Juruá, 2014

_____, Fenomenologia e psicologia: diálogos e interlocuções. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 15(2), 87-92., 2009.

HUSSERL, E. *Investigações Lógicas: Investigações para a Fenomenologia e a Teoria do Conhecimento*. Trad. Pedro M.S. Alves e Carlos Aurélio Morujão - 1ª. edição – 2ª. reimpressão - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015

KANTORSKI, L.P. et al. Gênero como marcador das relações de cuidado informal em saúde mental. **Cad. Sau. Colet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 60-66, mar. 2019

- MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.] ;– 5. ed.– Porto Alegre : Artmed, 2014.
- MARTINS, J. & BICUDO, M.A.V. *A pesquisa qualitativa em Psicologia: Fundamentos e Recursos Básicos* – 5.ed. – São Paulo: Moraes, 2005
- MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. Tradução Carlos Alberto Ribeiro de Moura – 4ª ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.
- MINAYO, M. C. S. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Rio de Janeiro, 2014
- MINKOWSKI, E. *Le temps vécu*. Paris : Presses Universitaires de France, 1995.
- MORATO, H.T.P. Algumas considerações da fenomenologia existencial para a ação psicológica na prática e na pesquisa em instituições. In : BARRETO, C.L.T.; MORATO, H.T.P. & CALDAS, M.T. *Prática psicológica na perspectiva fenomenológica* – Curitiba, PR : Juruá, 2013, p.52-76.
- MOREIRA, D. A. *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo, SP : Pioneira Thomson Learning, 2002.
- MULLER-GRANZOTTO M.J. & MULLER-GRANZOTTO, R.L. *Clínicas gestálticas: sentido ético, político e antropológico da teoria do self* – São Paulo : Summus, 2012.
- NOBRE DE MELO, A.L. *Psiquiatria*. São Paulo : Civilização Brasileira / Fename, 1979. (Psicologia Geral e Psicopatologia, v.1).
- NOVARETTI, T.M.S; NOVARETTI, N.; TUMAS, V. Bipoçar Disorder: a precursor of Parkinson' s disease? **Dement. Neuropsychol.** São Paulo, v 10, n. 4, p. 361-364, dez, 2016.
- PAIM, I. *História da psicopatologia*. São Paulo : EPU, 1993.
- PEIXOTO, A. J. Corpo e Existência em Merleau-Ponty. In TOURINHO, C. D. C. & BICUDO, M. A. V.(Orgs.) *Fenomenologia: influxos e dissidências* – Rio de Janeiro: Booklink, 2011. p. 156-168
- PEREIRA, D.G.; CASTRO, E.H.B. Psicologia fenomenológica: o método de pesquisa In: CASTRO, E.H.B. (Org.) *Práticas em Psicologia Fenomenológica* – Curitiba : Editora Appris, 2019, p. 15- 32
- PESSOTI, I. *As caras da loucura*. São Paulo : Editora 34, 1994.
- PINEL, P. *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Porto Alegre : Ed. UFRGS, 2007
- REIS, T.L.dos et al. Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 70-85, jun. 2016
- SOUZA, C; MOREIRA, V. A depressividade na psicopatologia fenomenológica. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, 2018, v. 34, e3447
- SPIEGELBERG, H. *Phenomenology in psychology and psychiatry*. Evanston : Northwestern University Press, 1972

- SZASZ, T. *A fabricação da loucura*. Rio de Janeiro : Zahar, 1976
- VANDEN BERG, J.H. *O paciente psiquiátrico. Esboço de psicopatologia fenomenológica*. São Paulo : Mestre Jou, 1966
- VON GEBSATTEL, V.E. El mundo de los compulsivos. In: MAY, R.; ANGEL, E. & ELLENBERGER, H.F. (Orgs) *Existencia*. Madrid : Editorial Gredos, 1967. p. 212-234.
- SANTOS, G.A.O. *Terapia fenomenológico-existencial nas comunidades populares: por uma terapêutica hilética e brasileira situada*. – 1ª. edição – Curitiba, PR : CRV, 2016
- SOKOLOWSKI, R. *Introdução a fenomenologia* – 4.ed. – São Paulo: Edições Loyola, 2014.
- TATOSSIAN. A. *A fenomenologia das psicoses* – São Paulo, SP: Escuta, 2016.
- TATOSSIAN. A & MOREIRA. V. *Clínica do Lebenswelt, psicoterapia e psicopatologia fenomenológica* – São Paulo, SP : Escuta, 2012.
- TOURINHO, C.D.C. A Fenomenologia transcendental de Husserl: notas sobre a história do pensamento fenomenológico. In: TOURINHO, C.D.C. & BICUDO, M.A.V. (Orgs) *Fenomenologia: influxos e dissidências*. Rio de Janeiro : Booklink, 2011, pp. 24-39.
- VALLE, E. R. M. A Fenomenologia para a pesquisa psicológica. In E. R. M. Valle (Org.), *Câncer Infantil: compreender e agir* (pp. 27-56). Campinas, SP: Editorial Psy, 1997.
- VALLE, E.R.M. *Psicooncologia Pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, 120 p.
- VALVERDE, A. *Ruptura, Solidão e Desordem: Ensaio sobre a fenomenologia do delírio* – São Paulo, SP : Editora Fap-Unifesp, 2011.
- VIDOTTI, J. de F. *Descobrendo o câncer de mama: uma compreensão fenomenológica das vivências do processo de comunicação diagnóstica*. Ribeirão Preto, 2017. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. USP. 183 p.

ANEXOS



Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Para o usuário

Convidamos o (a) senhor (a) para participar do projeto de pesquisa “**E assim nos sentimos lançados no mundo: a percepção de usuários diagnósticos com transtorno mental e seus familiares a luz da filosofia de Martin Heidegger – sentidos e significados nos discursos**”, de autoria de Denis Guimarães Pereira, endereço: Rua General Rodrigo Otávio, nº 6200 (UFAM) telefone: 3305-1181 Ramal 4127. E-mail: denis.guimaraes33@gmail.com. Orientado pelo prof. Dr: Ewerton Helder Bentes de Castro, endereço: Rua General Rodrigo Otávio, nº 6200 (UFAM) telefone: 3305-1181 Ramal 4127 E-mail ewertonhelder@gmail.com, Venho mui respeitosamente pedir sua colaboração para participar desta pesquisa cujo objetivo é compreender a percepção da comunicação do diagnóstico de transtornos psiquiátricos de usuários e seus familiares a luz da filosofia de Martin Heidegger – sentidos e significados nos discursos.

Riscos

Compreendo que os riscos em decorrência da pesquisa são mínimos e estão relacionados ao rememorar o momento da comunicação do diagnóstico e todo o arcabouço de emoções vivenciados naquele instante, provocando a vivência da dor e do sofrimento, externados através do choro, de questionamentos, da exacerbação emocional. Caso a entrevista mobilize conteúdos em algum participante de forma intensa ou que cause sofrimento, o pesquisador encaminhará o participante e/ou acompanhante para acompanhamento psicológico. Este acompanhamento tem duração média 50 minutos e será levado a efeito no Centro de Serviços de Psicologia Aplicada (CSPA/FAPSI/UFAM) e realizado em mais ou menos 20 sessões.

Convém ressaltar que se o participante e/ou acompanhante precisarem se deslocar para a realização da pesquisa, o pesquisador se colocará em disponibilidade para ressarcimento de despesas relativas a deslocamentos, dentre estas, relacionadas também a transporte e alimentação. Assim sendo se o participante e/ou acompanhante sofrerem quaisquer danos materiais ou imateriais relacionados a pesquisa ou dos resultados do processo de pesquisa o pesquisador o indenizará na forma prescrita na legislação brasileira considerando o Artigo segundo inciso vigésimo quarto e vigésimo quinto da resolução CNS 510/16 que embasa a pesquisa com seres humanas nas ciências humanas e sociais.

Benefícios

A pesquisa tem determinante papel científico/social, buscando através de diversos estudos, desenvolvimento, novas descobertas, mudanças, ampliação de conhecimento, transformações, e acima de tudo: promover, bem-estar para a população e a própria evolução da ciência.

Como pesquisador, necessito compreender que sujeitos são esses a partir da comunicação do diagnóstico do transtorno psiquiátrico e qual seu olhar para suas vivências a partir daí, objetivando desenvolver projetos correlatos na área da saúde, assim como, mostrar a importância de pesquisas que compreendam o ser humano amazônida e toda sua *experenci*ção como

fonte de compreensão dos sentidos por ele atribuídos no que concerne à imersão de um pessoa e seus familiares no contexto do transtorno psiquiátrico.

Enquanto benefício para os participantes cumpre ressaltar que os mesmos terão à disposição a escuta psicoterápica, e conseqüentemente, auxílio no sentido de ressignificar a vivência da comunicação do diagnóstico de transtorno psiquiátrico. Outro benefício diz respeito a elaboração de estratégias para o acompanhamento de usuários diagnosticados com transtornos psiquiátricos e seus familiares, incluindo assim, o contexto social em que vivem, partindo do pressuposto que esta pesquisa possibilitará a promoção de qualidade digna de vida uma vez que, os colaboradores serão respeitados em seus direitos civis, sociais e culturais.

Enquanto benefício para os participantes cumpre ressaltar que os mesmos terão à disposição a escuta psicoterápica, e conseqüentemente, auxílio no sentido de ressignificar a vivência da comunicação do diagnóstico de transtorno psiquiátrico. Outro benefício diz respeito a elaboração de estratégias para o acompanhamento de usuários diagnosticados com transtornos psiquiátricos e seus familiares, incluindo assim, o contexto social em que vivem.

O procedimento adotado será entrevista áudio gravada com duração mínima de uma hora. A entrevista é confidencial e sigilosa, ou seja, seus dados pessoais não serão divulgados e os dados obtidos serão utilizados apenas para fins deste estudo.

Sua participação neste estudo é voluntária. O (a) senhor (a) pode retirar-se a qualquer momento, não havendo qualquer tipo de prejuízo à sua pessoa. Sendo o (a) senhor (a) participante deste estudo, terá sempre que necessário, esclarecimento de dúvidas no que diz respeito a qualquer etapa deste estudo, podendo entrar em contato com o pesquisador, seu orientador e ainda no Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Teresina, 495 – Adrianópolis, CEP: 69057-070 – Manaus–AM. Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004 / E-mail: cep.ufam@gmail.com.

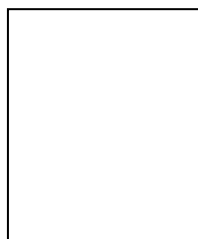
CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração e entendi a explicação, portanto, concordo em participar do projeto de pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso me retirar quando quiser. Estou recebendo uma via deste documento, assinada, comprometendo-me de guardá-la.

_____	____/____/____
Assinatura do participante	Data
_____	____/____/____
Pesquisador Responsável	Data
_____	____/____/____

Assinatura do Orientador

Data



Impressão Dactiloscópica

2/2



Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Para o familiar ou acompanhante

Convidamos o (a) senhor (a) para participar do projeto de pesquisa **“E assim nos sentimos lançados no mundo: a percepção de usuários diagnósticos com transtorno mental e seus familiares a luz da filosofia de Martin Heidegger – sentidos e significados nos discursos”**, de autoria de Denis Guimarães Pereira, endereço: Rua General Rodrigo Otávio, nº 6200 (UFAM) telefone: 3305-1181 Ramal 4127. E-mail: denis.guimaraes33@gmail.com. Orientado pelo prof. Dr: Ewerton Helder Bentes de Castro, endereço: Rua General Rodrigo Otávio, nº 6200 (UFAM) telefone: 3305-1181 Ramal 4127 E-mail ewertonhelder@gmail.com, Venho mui respeitosamente pedir sua colaboração para participar desta pesquisa cujo objetivo é compreender a percepção da comunicação do diagnóstico de transtornos psiquiátricos de usuários e seus familiares a luz da filosofia de Martin Heidegger – sentidos e significados nos discursos.

A temática da pesquisa abordará questões existenciais. Assim, os riscos mínimos a que o participante estará exposto, dizem respeito a que o processo de entrevista venha a suscitar sentimentos variados, tais como: sofrimento, dor, pesar. Contudo, o pesquisador colocará-se em disponibilidade para realizar o acompanhamento psicoterápico destas pessoas no Centro de Psicologia Aplicada da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas. Cada sessão psicoterápica dura em média 50 minutos e o pesquisador acordará com o (a) senhor (a) o período de acompanhamento, pelo tempo que for necessário, o que geralmente ocorre em vinte sessões.

O (a) Sr (a) não terá quaisquer prejuízos financeiros ao participar da pesquisa, haja vista que, se a entrevista ocorrer em outro local que não a instituição em que está em tratamento, o pesquisador fará o ressarcimento, dentre outros, de passagem e alimentação. Além disso, estão assegurados o direito a indenização e cobertura material em caso de quaisquer danos materiais em decorrência da pesquisa.

A pesquisa tem determinante papel científico/social, buscando através de diversos estudos, desenvolvimento, novas descobertas, mudanças, ampliação de conhecimento, transformações, e acima de tudo: promover, bem estar para a população e a própria evolução da ciência.

Como pesquisador, necessito compreender que sujeitos são esses a partir da comunicação do diagnóstico do transtorno psiquiátrico e qual seu olhar para suas lanchas para suas vivências a partir daí, objetivando desenvolver projetos correlatos na área da saúde, assim como, mostrar a importância de pesquisas que compreendam o ser humano amazônida e toda sua *experienciação* como fonte de compreensão dos sentidos por ele atribuídos no que concerne à imersão de um pessoa e seus familiares no contexto do transtorno psiquiátrico.

Enquanto benefício para os participantes cumpre ressaltar que os mesmos terão à disposição a escuta psicoterápica, e conseqüentemente, auxílio no sentido de ressignificar a vivência da comunicação do diagnóstico de transtorno psiquiátrico. Outro benefício diz respeito a elaboração de estratégias para o acompanhamento de usuários diagnosticados com transtornos psiquiátricos e seus familiares, incluindo assim, o contexto social em que vivem.

O procedimento adotado será entrevista audiogravada com mais ou menos 60 minutos de duração. A entrevista é confidencial e sigilosa, ou seja, seus dados pessoais não serão divulgados e os dados obtidos serão utilizados apenas para fins deste estudo.

Sua participação neste estudo é voluntária. O (a) senhor (a) pode retirar-se a qualquer momento, não havendo qualquer tipo de prejuízo à sua pessoa. Sendo o (a) senhor (a) participante deste estudo, terá sempre que necessário, esclarecimento de dúvida no que diz respeito ao estudo, podendo entrar em contato com o pesquisador e ainda no Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Teresina, 495 – Adrianópolis, CEP: 69057-070 – Manaus–AM. Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004 / E-mail: cep.ufam@gmail.com.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração e entendi a explicação, portanto, concordo em participar do projeto de pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso me retirar quando quiser. Estou recebendo uma via deste documento, assinada, comprometendo-me de guarda-la.

_____ / ____ / ____
Assinatura do participante Data

_____ / ____ / ____
Pesquisador Responsável Data

_____ / ____ / ____
Assinatura do Orientador Data



Impressão Dactiloscópica

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: E assim nos sentimos lançados no mundo: a percepção de usuários diagnósticos com transtorno mental e seus familiares a luz da filosofia de Martin Heidegger

Pesquisador: DENIS GUIMARAES PEREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79100917.9.0000.5020

Instituição Proponente: Faculdade de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.366.136

Apresentação do Projeto:

Protocolo em segunda submissão.

Objetivo da Pesquisa:

Mantido.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Compreendo que os riscos em decorrência da pesquisa são mínimos e estão relacionados ao rememorar o momento da comunicação do diagnóstico e todo o arcabouço de emoções vivenciados naquele instante, provocando a vivência da dor e do sofrimento, externados através do choro, de questionamentos, da exacerbação emocional. Caso a entrevista mobilize conteúdos em algum participante de forma intensa ou que cause sofrimento, o pesquisador encaminhará o participante e/ou seu acompanhante para acompanhamento psicológico. Este acompanhamento tem duração média 50 minutos e será levado a efeito no Centro de Serviços de Psicologia Aplicada (CSPA/FAPSI/UFAM) e realizado em mais ou menos 20 sessões.

Convém ressaltar que se o participante e/ou acompanhante precisarem se deslocar para a realização da pesquisa, o pesquisador se colocará em disponibilidade para ressarcimento de despesas relativas a deslocamentos, dentre estas, relacionadas também a transporte e alimentação. Assim sendo, se o participante e/ou acompanhante sofrerem quaisquer danos materiais ou imateriais relacionados às etapas da pesquisa ou dos resultados do processo de pesquisa, o pesquisador indenizará conforme prescrito na legislação brasileira, considerando o Art. 20, inciso XXIV e XXV da Resolução CNS 510/16 que embasa a pesquisa com seres humanos nas Ciências Humanas e Sociais.

CORRIGIDO.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: metodologia: sujeitos - "Será uma pesquisa qualitativa que utilizara o método fenomenológico de pesquisa em psicologia. Serão considerados participantes da pesquisa 10 usuários diagnosticados com transtornos psiquiátricos e 10 familiares, acompanhados por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), pertencente à rede municipal de saúde, na cidade de Manaus, que compreendo indicará o ambiente para a consecução das entrevistas e que deverá apresentar infraestrutura necessária à realização da mesma".

ADEQUADO.

Critério de Exclusão:

Critérios de Exclusão:

Para o usuário: a) Estar sob prescrição farmacológica que limite de forma abrangente sua cognição impossibilitando sua compreensão da pesquisa; b) Mesmo sendo maior de idade, em decorrência de seu credo religioso não recusar-se a participar; c) Não aceitar participar da pesquisa e recusar a assinar o TCLE.

Para o familiar: a) Apresentar quaisquer problemas cognitivos que interfiram na compreensão da pesquisa; b) Apresentar estado de embriaguez ou entorpecimento no momento da pesquisa; c) Não aceitar participar da pesquisa e recusar a assinar o TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TERMO DE ANUÊNCIA:

Laboratório de Psicologia - Fenomenológico-Existencial FAPSI: Apresentado e assinado pelo coordenador, Ewerton Castro.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo na atual submissão atendeu as solicitações do parecer consubstanciado atendendo assim as Resoluções 466/12 e 510/16.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_970334.pdf	26/10/2017 22:12:48		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoanuencialabfen.pdf	26/10/2017 22:12:22	DENIS GUIMARAES PEREIRA	Aceito
Cronograma	cronograma2.docx	26/10/2017 22:10:37	DENIS GUIMARAES PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetofinaldenis.docx	26/10/2017 22:10:07	DENIS GUIMARAES PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	11/10/2017 04:06:39	DENIS GUIMARAES PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termostemsa.pdf	28/09/2017 19:45:29	DENIS GUIMARAES PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUSUARIO.docx	28/09/2017 18:54:57	DENIS GUIMARAES PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFAMILIAR.docx	28/09/2017 18:54:30	DENIS GUIMARAES PEREIRA	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	28/09/2017 18:53:37	DENIS GUIMARAES PEREIRA	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AnuenciaCSPA.pdf	31/07/2017 22:24:07	DENIS GUIMARAES PEREIRA	Aceito
---	------------------	------------------------	----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 06 de Novembro de 2017

Assinado por:**Eliana Maria Pereira da Fonseca****(Coordenador)**