

REPENSANDO O MODO DE CUIDAR DO SER PORTADOR DE DOENÇA MENTAL E SUA FAMÍLIA A PARTIR DE HEIDEGGER*

[Rethinking the way of caring the mentally ill and their families based on heidegger]
[Repensando el modo de cuidar del portador de enfermedad mental y su familia basado en Heidegger]

Adriane Maria Netto de Oliveira**

Valéria Lerch Lunardi***

Mara Regina Santos da Silva****

RESUMO: Pesquisa qualitativa de inspiração fenomenológica, baseada em Heidegger, cujo tema propõe uma compreensão do significado de cuidar e ser cuidado para o ser portador de doença mental e sua família. Desvelando e compreendendo os significados atribuídos aos modos de cuidar, por estes seres, nos possibilitou repensar a maneira como cuidamos e o que precisa ser modificado para atender as necessidades do ser doente e de sua família frente a facticidade da doença mental. Foi possível compreender a necessidade da família de ser cuidada frente à manifestação da doença mental, principalmente, durante seu início. As famílias e o seu familiar doente manifestaram angústia e tristeza diante da internação no hospital psiquiátrico, em função da maneira como é prestado o cuidado nesta instituição, considerando que ela não promove sua reabilitação psicossocial.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado de enfermagem; Família; Saúde mental.

1 INTRODUÇÃO

Durante nossa trajetória profissional, a necessidade de considerar a família como um grupo que precisa ser atendido, a fim de se sentir mais instrumentalizada para cuidar do seu familiar doente, tem sido um dos modos utilizados para cuidarmos do outro. Na área de saúde mental percebemos que, freqüentemente, a família está distante do seu familiar doente, no sentido de não ser cuidada, nem tampouco

participar e se envolver com o cuidado do seu familiar, possivelmente, por não ser reconhecida sua condição de “ser humano” na relação com os profissionais de saúde.

Ao buscar compreender a convivência dos familiares com o doente mental, foi constatado nos discursos destes, a sua incompreensão sobre os rituais praticados pelos seus familiares doentes. A experiência de conviver com um familiar que precisa de ajuda, numa relação que requer paciência, amor e compreensão, geralmente é difícil. As famílias se preocupam com a violência recíproca, vivida entre elas e o seu familiar doente que, na maioria das vezes, agride física e/ou verbalmente seus familiares, provocando uma mudança na rotina de vida daqueles que, até então, não tinham vivenciado esse tipo de experiência⁽¹⁾.

Quase sempre, o convívio com o ser portador de doença mental produz uma grande sobrecarga familiar, gerando um comprometimento na saúde da família, em sua vida social, em sua relação com os outros, no lazer, na disponibilidade financeira, na rotina doméstica, no desempenho profissional ou escolar, podendo trazer inúmeras outras dificuldades para a família. Por outro lado, a interação da família com os serviços de saúde mental, geralmente, é fonte de estresse, pois o contato com os profissionais de saúde resulta numa experiência frustrante, confusa e humilhante, provavelmente, em função desses profissionais desconhecerem não só o significado de vivenciar esta experiência para a família, como também seus sentimentos, dúvidas, incertezas, necessidades e desejos frente à manifestação da doença.

Durante décadas, as famílias vêm sendo desconsideradas nos processos terapêuticos e no cuidado prestado ao ser portador de doença mental, limitando-se estes aos profissionais de saúde. Como resultado, possivelmente, houve um aumento do sofrimento familiar e abandono por parte da família do seu familiar doente, principalmente, daqueles que se encontravam numa condição mais grave e debilitada. A presença de um familiar doente em

*Este artigo é um tema da dissertação de mestrado: “Compreendendo o significado de vivenciar a doença mental na família – um estudo fenomenológico e hermenêutico”.

**Professora assistente do Departamento de Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

***Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da FURG. Doutora em Enfermagem. Pesquisadora do CNPq.

casa pressupõe que a família tenha que refazer seus planos de vida e redefinir, quase que integralmente, seus objetivos, o que dificulta ainda mais essa convivência. Há que destacar, também, que a provável dificuldade sócio-econômica e o estigma da loucura podem comprometer, mais ainda, a percepção da família em relação ao seu familiar doente, como um ser que sofre e que precisa ser confortado.

A inquietação nessa pesquisa referiu-se à necessidade de compreender o significado de vivenciar a doença mental para a família e conhecer a ajuda que necessitavam, não só para se sentirem cuidadas, mas também, mais instrumentalizadas para cuidarem do seu familiar, de uma forma menos sofrida e frustrante e sem ter que percorrer longos anos de convivência para descobrir a melhor maneira de cuidá-lo. Acreditamos que esse trabalho contribuiu para que o cuidado prestado às famílias do ser portador de doença mental possa se dar de maneira compreensiva e humanizada, possibilitando que sejam mais bem atendidas e, portanto, sintam-se mais fortalecidas para participarem do cuidado prestado ao seu familiar doente, não sendo solicitadas, apenas, para desempenharem o papel de meros informantes para os profissionais da saúde.

Ao desenvolver um trabalho com as famílias que vivenciam a doença mental ^(2:36-9), estas reafirmaram a falta que sentiram, especialmente no momento inicial de manifestação clínica da doença, de um profissional da saúde que as auxiliassem, prestando informações sobre o significado da doença, suas implicações, cuidados e, principalmente, que lhes proporcionassem conforto, compreendendo suas necessidades enquanto seres que sofrem, entram em pânico frente ao desconhecido e que, portanto, também requerem ser cuidados. Diante do diagnóstico de doença mental, as famílias em geral, não conseguem compreender o que está acontecendo e desconhecem as possíveis causas que possam justificar tamanha desorganização de comportamento, conduta e afeto. A partir daí, começa a se configurar um círculo vicioso, no qual o familiar doente sofre e a família também sofre, aumentando essa desorganização, até que alcancem um nível razoável de aceitação e controle sobre a doença.

As famílias atendidas em nível ambulatorial têm mais alívio da sua sobrecarga do que aquelas atendidas em nível hospitalar, referindo que futuras hospitalizações poderiam ser evitadas, se as consultas ambulatoriais fossem eficientes e houvesse disponibilidade de atendimento por um período de 24 horas. Visitas domiciliares, apoio constante e educação das famílias, realizadas por enfermeiras, mostraram-se extremamente mais eficazes no cuidado prestado ao ser portador de doença mental, em relação ao cuidado realizado durante a internação hospitalar. O cuidado domiciliar aliviou a ansiedade da família, favorecendo o aprendizado de como cuidar do seu familiar doente, através de

um ensino contextualizado, direto e adaptado às suas necessidades ⁽³⁾.

Os profissionais de saúde têm um compromisso com o cuidar do outro e também com aqueles que cuidam; entretanto, esse compromisso vem sendo negado e deixado de lado, ao longo dos anos, como afirma Elsen⁴, é preciso conhecer como a família cuida, qual seu potencial para cuidar e as suas necessidades para que os profissionais possam ajudar seus membros, gerando um novo desafio: é preciso aprender a cuidar de quem cuida.

A partir da necessidade de compreender o significado de vivenciar a doença mental na família é que surgiu a seguinte interrogação: -“O que significa para você, vivenciar a doença mental na sua família?” Tal interrogação trouxe, em si, a inquietação em relação ao fenômeno a ser desvelado, de modo a compreender a situação vivenciada pelas famílias, suas necessidades e a sua percepção sobre o cuidado.

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Esta pesquisa teve a intenção de apreender o fenômeno tal como é experimentado pelo ser que o vivencia, sem que a interpretação ou a teorização interferissem em sua captação. O profissional de saúde conhece a doença a partir dos seus sintomas, das suas causas e do seu tratamento, mas a família que vivencia a doença mental, a seu modo, também a conhece. Daí faz-se necessário partir da sua percepção enquanto cuidadora, para poder cuidá-la, a partir da sua visão e do significado que esta vivência tem para ela, bem como, das suas expectativas em relação à doença. Nesta modalidade de investigação, a relação humanizada é fundamental; relação que, no olhar heideggeriano, faz-se a partir do meu “ser-aí”^{*****}.

A intenção desse estudo foi descrever e interpretar o ser do fenômeno, livre de preconceitos, compreendendo a sua essência. Por essência, são entendidas as significações que são compreendidas, porque são vividas na existência humana concreta. A opção pela fenomenologia faz-se porque ela parte do concreto, do factual e os conceitos que ela utiliza são sempre afetados de valor compreensivo⁵: um saber que não é sobre os seres cuidados, mas dos seres cuidados, de suas necessidades contextuais, dos fenômenos humanos; um ver compreensivo que leva à reflexão e promove mudanças no agir daquele que a considera como possibilidade ^(6:55).

*****Ser-aí no olhar heideggeriano, não é apenas ser, é ser-aí num dado momento, é ser e ter um espaço e um tempo. O espaço na fenomenologia é possibilidade e o tempo é engajamento. Espaço é poder ser; tudo é possível até a impossibilidade ⁽¹²⁾.

Nesse estudo, o que importou não foi a doença mental em si, mas os seres que a vivenciam e que, ao vivenciá-la, não perdem sua dimensão ontológica e que, por isso mesmo, são merecedores de respeito, de dignidade e de valor. Ao interrogarmos as famílias, o objetivo foi ouvindo-as, compreender como descrevem e vêem o seu real vivido, o que possibilitou uma análise dos significados revelados em seus discursos, permitindo conhecer e compreender a existência da família como ser-no-mundo^{*****} e ser-com^{*****}.

Nos pressupostos fenomenológicos-qualitativos, o ambiente, o contexto no qual os seres realizam suas ações e desenvolvem seus modos de vida, tem um valor essencial para alcançar uma compreensão mais clara do significado que essa vivência tem para eles. Por isso, neste estudo, a região de inquérito foi a residência de cada família que convive com o ser portador de doença mental.

Os seres deste estudo foram as famílias que experienciam a facticidade da doença mental na sua co-existência cotidiana, cuidando de um familiar portador desta doença, que vivenciou, no mínimo, um surto psicótico^{*****} e que freqüentava ou já havia freqüentado o Centro de Atenção à Saúde Mental do Município e que se dispuseram a participar desta pesquisa. Antes de iniciar o estudo, foi solicitada autorização ao secretário da saúde do município.

A participação das famílias foi voluntária. De acordo com a resolução 196/96⁽⁸⁾ sobre pesquisas envolvendo seres humanos, foi solicitada, por escrito, a autorização dos familiares, tanto para participar da pesquisa, como para gravar a entrevista. Asseguramos às famílias o anonimato da sua identidade. Inicialmente, entramos em contato com cinco famílias. Entretanto, em decorrência da sua pouca disponibilidade de horário, da temática abordada e dos sentimentos desencadeados, a partir da entrevista, assim como, da evidência de repetitividade nos dados obtidos, apenas duas famílias fizeram parte do estudo.

Optamos por designar letras e números para essas famílias, seguidas da identificação do grau de parentesco de cada familiar. Designamos a letra "F" para a palavra

família e os números um e dois, respectivamente, a medida que as entrevistas foram se realizando com as diferentes famílias.

Para a realização da entrevista, foi utilizada uma questão norteadora: "– Fale-me sobre: o que significa para você vivenciar a doença mental na sua família". Também, foram utilizadas algumas questões de suporte, que pudessem facilitar a compreensão de como é experimentar a doença mental na família, em seu mundo e no mundo do cuidado.

Um dos temas que emergiu dos discursos das famílias foi o modo de cuidar do familiar doente e a necessidade da família ser cuidada na fase inicial da doença, para melhor compreender a doença e cuidar do outro. Por termos utilizado um referencial filosófico que aborda o cuidado, optamos por designar alguns dos seus existenciais nos temas que surgiram ao longo da análise. Entretanto, neste texto, abordaremos apenas o tema: ser cuidado.

3 SER CUIDADO

Existem dois sentidos para a preocupação ou cuidado. A preocupação com o ser que é cuidado pode gerar um cuidado eficiente que libera o outro para assumir o seu cuidado, tomar decisões e poder-ser, o que significa ter um projeto de vida ou, ao contrário, pode tornar o ser que é cuidado dependente e incapaz de assumir suas múltiplas possibilidades de ser. A presença pode compreender-se a partir de seu mundo, de modo autêntico ou inautêntico. Essa compreensão de si mesma, provavelmente, acontece de acordo com a maneira como é realizado o cuidado⁽⁹⁾.

A preocupação ou cuidado pode estar relacionada aos modos deficientes e indiferentes de conviver com os outros, tais como, ser sem o outro, passar um ao lado do outro, não se sentir tocado pelo outro. Este modo deficiente pode referir-se, também, ao cuidado prestado ao outro, retirando-lhe o cuidado, assumindo a ocupação que o outro deve realizar. Esta substituição dominadora constitui-se num modo deficiente de solicitude, em que o preocupar-se pode tomar a direção de cuidar do outro, subtraindo-o de seu fazer, do seu cuidar, o que conduz à dominação e à manipulação da co-presença, mesmo que de modo discreto. Nessa co-existência inautêntica, o ser-aí é uma presença que, simplesmente, está-junto-do-outro e torna-se dependente⁽¹¹⁾.

A outra possibilidade de direção da preocupação é a anteposição liberadora, que tem um caráter positivo, relacionada à co-existência autêntica de ajuda. O antepor-se em frente aquele que é cuidado, possibilita-lhe conquistar a liberdade e, assim, assumir o fazer, voltando-se para si mesmo de modo autêntico. É uma preocupação que não substitui o outro, mas que se lhe antepõe em sua possibilidade existencial de ser, devolvendo-lhe o cuidado como

*****Ser - no - mundo são as múltiplas maneiras que o ser humano vive e pode viver; são os vários modos como ele se relaciona e atua com entes que encontra e a ele se apresenta^(10:16).

*****Ser -com significa como me relaciono, atuo, sinto, penso, vivo com o ser^(10:18).

*****Surto psicótico, neste trabalho, é considerado como uma grave desorganização das funções de personalidade em relação a percepção, memória e juízo crítico; há predomínio de delírios que são falsas crenças que aparecem sem um estímulo externo e que se mantêm, mais ou menos firmes, frente à razão; e/ou alucinações que são distorções na percepção, ocorrendo falsas percepções sensoriais na ausência de um estímulo externo real⁽²⁾.

tal. É permitir-lhe ter a posse sobre o seu próprio cuidado, cuja essência corresponde a cura, ou seja, o preocupar-se com a existência do outro não é algo do que simplesmente alguém se ocupa, mas é ajudá-lo a tornar-se transparente para si mesmo e livre para a cura. A cura nesse referencial teórico refere-se as múltiplas possibilidades de manter uma certa qualidade de vida, mesmo diante da doença.

A solicitude ou preocupação é guiada pela consideração e pela tolerância, ambas podendo acompanhar, também, os modos deficientes e indiferentes deste modo de ser e cuidar, podendo chegar à total desconsideração ou à negligência e à intolerância. No pensar heideggeriano, "... ter consideração indica uma maneira de aceitar as tensões, os limites e as características diferenciais das situações e dos modos de ser, enquanto ter tolerância ou paciência pressupõe uma expectativa de algo que possa vir a acontecer" (10:88).

O significado de ser cuidado é atribuído quando o ser que cuida, mostra preocupação com quem é cuidado, nas suas ocupações, não limitando o cuidado apenas à preocupação com a remissão dos sintomas agudos da doença, mas tendo por objetivo a sua recuperação como ser-no-mundo. Este modo eficiente de cuidar do ser doente constitui-se numa ocupação imbuída de preocupação com aquele que é cuidado, tornando a presença de quem cuida um modo positivo de ser-com o outro. Ocupar-se significa também, cuidar do corpo doente, através da alimentação e do cuidado físico⁽⁹⁾. A família considera que o seu familiar doente está sendo bem cuidado, quando os cuidadores, sejam eles profissionais ou familiares, se preocupam e se ocupam com o ser doente. O significado de ser bem cuidado parece estar presente nesta fala:

"... dar a medicação na hora certa, ver se está bem direito, se não tem nada errado com ele. Eu não sei mais o que eu vou fazer com esse guri, está comendo demais, não sei se é a medicação que abre o apetite, mas eu não queria que ele ficasse gordo" (F1- Mãe).

Outro significado atribuído ao cuidado refere-se às condições de saúde do seu familiar doente, pois desde que ele esteja bem, a família também se considera bem; é vê-lo respondendo aos estímulos da família e responsabilizando-se pelo seu autocuidado, livre e com autonomia. Esse modo de agir do ser portador de doença mental, em que se dispõe a colocar sua presença diante de si mesmo e assumir o seu cuidado, caracteriza o que Heidegger denomina como a responsabilidade do seu ser⁽⁹⁾.

Inicialmente, quando ocorre a manifestação da doença, o ser portador de doença mental pode não conseguir responsabilizar-se pelo seu autocuidado, fazendo-se necessário que o profissional de saúde e/ou a família assumam esse cuidado por ele. Entretanto, na medida em que come-

ça a recuperar-se e consegue cuidar de si, passa a vivenciar um dos modos positivos e extremos da preocupação, considerado como "anteposição liberadora"⁹, em que o modo de cuidar não substitui o outro, mas, ao contrário, deixa-o livre para tomar conta de si mesmo. Esse significado de ser cuidado parece estar presente na fala de uma mãe quando diz:

"... eu só me sinto bem, quando ele está como agora, que está bem, que se cuida, ele mesmo toma banho ... ele está bem, eu estou super bem" (F1- Mãe).

Outra forma de sentir-se cuidado compreende a necessidade de organização dos serviços que, por vezes, inexistem na instituição hospitalar, onde são perdidos os objetos individuais do ser doente, o que implica em deixar este ser desprovido dos entes que caracterizam o seu modo próprio de ser-no-mundo. Esse modo de cuidar representa uma situação de desrespeito com o que pertence ao outro, já que, o ser doente, freqüentemente não consegue apropriar-se dos seus objetos no hospital psiquiátrico. Essas perdas demonstram a dificuldade da equipe de saúde em conceber o ser doente como presença no mundo do hospital. Por outro lado, existem situações em que fica difícil para a equipe de saúde ter controle sobre o comportamento do doente, quando em meio a sua confusão mental, decide dar ou trocar com os outros os objetos que lhe pertencem. Como a família desconhece o que acontece no hospital, tem dificuldades para decidir se leva os objetos pessoais do seu familiar ou se os deixa em casa, até que o ser doente possa responsabilizar-se pelo que é seu. Esse desconhecimento, também dificulta a compreensão da família no que se refere a perda dos objetos do seu familiar:

"... a princípio, eu ficava impressionada, porque a gente levava uma certa quantidade de roupa e voltava quase nada, então a gente dizia: parece que a gente não cuida de nada. Depois a gente vai tomando consciência que é difícil tu cuidar de tudo aquilo ali com a mesma organização que a gente têm em casa. Então, a gente vai aceitando tudo. Agora, eu sei que o que vai, não volta" (F2- Mãe).

Mesmo que, em determinadas situações de confusão mental, obnubilação ou agitação, o ser doente não consiga se ocupar e cuidar do que é seu, faz-se necessário que a família compreenda esta situação, a partir da ampliação do seu conhecimento sobre o que acontece no mundo do hospital psiquiátrico.

O modo como a família cuida do seu familiar doente parece ser eficiente, na medida em que se preocupa com o seu bem-estar. Preenche este cuidado com afetividade, numa relação interpessoal, em que existem muitos senti-

mentos positivos e significativos, principalmente, para o ser portador de doença mental, que tem dificuldades em estabelecer uma relação com os outros e com o mundo, a partir de um maior envolvimento. O discurso abaixo desvela o modo pelo qual o ser portador de doença mental considera-se cuidado:

"... quando eu me sinto bem cuidado? Cuidado pela minha mãe. É receber carinho, amor, dedicação, preocupação com a minha medicação ... dedicação, acho que, basicamente, é isso aí" (F1- Filho).

A família considera a tranquilidade no ambiente familiar como um modo eficiente e positivo para cuidar do seu familiar doente. Quando isto acontece, percebe que o seu familiar responde melhor ao tratamento e tem maior facilidade para reorganizar sua vida, após a manifestação da doença. Essa tranquilidade no ambiente familiar refere-se, principalmente, à dinâmica das relações familiares, evidenciando a relevância do fortalecimento dessas relações como elemento indispensável para a manutenção da saúde dos seus membros.

A família acredita ser necessário e importante para a sua saúde mental e, principalmente, para a saúde mental do seu familiar doente, um ambiente tranquilo, desprovido de conflitos constantes, mantendo, na medida do possível, um certo equilíbrio na rotina familiar. Quando o ambiente familiar se mostra reorganizado, parece que o familiar doente coopera, com maior esforço, no empenho em recuperar-se:

"... a primeira coisa que eu atribuí à melhora, foi de todo mundo ... ah, como é que eu vou te dizer? Ter havido uma evasão daquilo que incomodava ela. Houve uma evasão total, porque houve uma mudança, as pessoas foram embora ... começou a tranquilizar e a gente começou a ter aquela vida de paz, que a gente sempre teve. Eu acredito que tenha sido isso, não só a medicação, porque só a medicação, quanto tempo faz que a gente estava colocando boca abaixo, não sei quantos comprimidos e aumentando a dose, aumentando e nada fazia efeito" (F2- Mãe).

Mudanças abruptas na vida da família e o modo como acontece a relação familiar, a partir da inserção de um novo membro na família, que neste caso, foi o companheiro da mãe do familiar doente, que passou a morar no mesmo espaço físico, fizeram com que o ser portador de doença mental se sentisse ameaçado com esta situação, modificando ainda mais, seu comportamento, retraindo-se e tendo uma relação cada vez mais distante com a família. Este modo de ser inautêntico do ser-aí, constitui-se numa das variações do temor que são conhecidas como, "timi-

dez, acanhamento, receio e estupor"^{9:197}. A ausência do diálogo na convivência cotidiana e a dificuldade de expressar seu posicionamento diante da nova situação familiar comprometeram, ainda mais, a relação entre os familiares. Com a modificação no ambiente familiar, o ser portador de doença mental não conseguiu mais concentrar-se em suas atividades, ausentando-se do que temia, começando a desorganizar-se e a ficar doente:

"...sabe? Eu ia para aula, a professora dava explicação e eu ficava lá ... saía do mundo, não sabia o que ela estava explicando, nada. Aí começaram as minhas fugas do mundo, eu comecei a fugir da realidade" (F1- Filho).

Este modo de ser parece ter sido desconsiderado pela família, já que não conseguiu reconhecer tais manifestações no comportamento do seu familiar, antes da exacerbação da crise aguda da doença. O modo deficiente da família ser-com o seu familiar abriu espaço para que a doença fosse se instalando de maneira lenta e progressiva, culminando num surto psicótico. Podemos apreender esse modo deficiente de ser-com, no seguinte discurso:

"... além de tudo, eu tinha medo, eu era muito fraco, achava que se falasse com a minha mãe, ia cair o mundo em cima de mim" (F1- Filho).

A família não percebe o silêncio do seu familiar como um modo de manifestação do seu sofrimento interior, reagindo à interpretação do seu discurso silencioso, com perplexidade, quando o familiar revela, com palavras, os sentimentos referentes ao seu silêncio. A família refere que se soubesse do sentido deste silêncio, teria priorizado o cuidado do seu familiar. A convivência cotidiana desprovida do discurso pode dificultar ainda mais, a compreensão do familiar doente. Todo discurso tem um significado e precisa ser compreendido, para que ocorra uma comunicação efetiva⁽⁹⁾.

A presença do ser-aí que se abre neste modo discursivo, parece ter sido recusada pela incompreensão da família, que não conseguiu perceber sua necessidade de segurança frente às mudanças que vinham ocorrendo.

Já, no mundo do hospital psiquiátrico, a família percebe o modo deficiente como seu familiar é cuidado, através da observação da sua aparência física, a qual se mostra descuidada em relação à higiene, impregnado de medicação, tornando a linguagem, muitas vezes, arrastada e ininteligível, com dificuldades para manter um diálogo e a ausência de uma relação envolvente e preocupada com o bem-estar do ser doente:

"... olha, eu não sei, eu acho que elas deviam de cuidar

mais daquelas pessoas doentes, porque eles andavam atirados, sujos, aquelas pessoas sujas, eu acho que deviam de cuidar mais dos doentes, quando tivessem lá dentro, porque eles não cuidam muito. Não intoxicar de remédio, como eles fazem, acho que deviam conversar, tratar bem o problema deles, conversar com a família e não intoxicar de remédio. Teve uma época mesmo que o mano não estava doente e o doutor deu remédio para ele; ele chegou em casa bom, parou de tomar remédio e não fez nada. Acho que eles deveriam conversar mais, em vez de dar tanto remédio" (F1- Irmã).

A família percebe como importante a ajuda dos profissionais, especialmente, quando não consegue oferecer o auxílio que o seu familiar doente precisa. A ajuda, para a família, pode vir de qualquer pessoa que esteja disposta a oferecê-la, a compartilhar desta vivência e a lhe favorecer uma melhor qualidade de vida, manifestando respeito e interesse pelo seu ser, inclusive, mostrando os diferentes caminhos que possam manter a esperança de que este momento existencial será superado e que momentos melhores poderão vir.

4 ALGUMAS REFLEXÕES

A vivência da facticidade da doença mental na família pode ser permeada por vários sentimentos, entre eles, a tristeza, a angústia, o medo, a esperança e a desesperança, bem como, um intenso sofrimento que a acompanha, toda vez que seu familiar doente entra na crise aguda da doença. No período inicial da doença, a esperança e a crença de que seu familiar vai ficar curado parece ser algo que se faz presente; entretanto, quando começa a surgir a necessidade de várias reinternações no hospital psiquiátrico, vem, então, a desesperança em relação às possibilidades de que o seu familiar possa ter um projeto de vida e mantenha alguma qualidade de vida. Nesse momento de desesperança, é que a equipe de saúde pode tornar-se uma fonte de apoio e sustentação para a família, oferecendo-lhe a ajuda que se fizer necessária para que ela não desanime diante da exaustiva tarefa de cuidar do seu familiar portador de doença mental e na busca de caminhos para que ela possa se fortalecer e, também, valorizar o esforço e a capacidade de melhora do seu familiar.

Desde a sua manifestação e em todas as fases da doença, a família necessita de ajuda, mas o impacto inicial, provavelmente, é o que causa maior desorganização, tornando-se imprescindível a solidariedade com o seu sofrimento e a sua dor, permitindo aflorar, no cuidado, a sensibilidade humana do profissional de saúde, para que possa compreender a dimensão existencial desse momento, para a família e, assim, poder cuidá-la de modo eficiente. Na

medida em que houver um comprometimento maior dos profissionais de saúde na relação com essas famílias, provavelmente, seja possível resgatar a esperança, como uma meta contínua daqueles que cuidam e são cuidados. No pensamento heideggeriano, a falta de perspectiva num futuro melhor, petrifica a existência; por isso, a manutenção do sentimento de esperança é o instrumento que a família dispõe de um por vir melhor e com menor sofrimento.

A aceitação da doença constitui-se num elemento essencial para compreender melhor o seu familiar portador de doença mental, fazendo-se necessária a intervenção dos profissionais de saúde, para que a família não fique apoiada no desvalor da doença e sim, tenha forças para buscar aquilo que o seu familiar ainda pode fazer, na sua interação com os outros e com o mundo externo.

A família considera que o hospital psiquiátrico não produz saúde e tampouco cuida de modo eficiente do seu familiar, em função de ser um cuidado desprovido de preocupação e solicitude, muitas vezes, ocorrendo a perda da sua singularidade, em função do modo impessoal como é cuidado. Por isso, a família percebe o lar como o espaço físico que pode facilitar a recuperação da saúde do seu familiar, mesmo que, para isso, tenha que construir novos saberes e novos modos de ser, a fim de manter uma certa organização nas relações familiares.

A família parece ter dificuldades em perceber a linguagem como modo de discurso autêntico e como uma possibilidade de compreensão mútua entre seus membros e da sua situação existencial. O significado de ser cuidada refere-se à solidariedade, ao envolvimento, à presença, a comunicação e à ocupação imbuída de preocupação no fazer cotidiano do cuidado prestado pelos profissionais da saúde.

Ao finalizar este estudo, vimos a possibilidade de tornar-se um meio pelo qual os seres que cuidam possam refletir sobre o seu fazer cotidiano na relação com os seres cuidados, para repensar e modificar, também, o seu modo de cuidar. Acreditamos, também, que essa pesquisa possa desencadear novas reflexões e a possibilidade da construção de outros caminhos em busca de uma maior qualidade no cuidado prestado à família do ser portador de doença mental.

ABSTRACT: Qualitative research with a phenomenological motivation based on Heidegger, trying to apprehend the meaning of caring and being cared by the mentally ill and their families. By means of unveiling and apprehending the meanings attributed by these people to the ways of caring, we have been allowed to rethink the way we deliver care and what we need to change in order to meet the necessities of the mentally ill and their families facing the reality of the mental disorder. It was possible to

understand the necessity of families being cared mainly on the onset of the disease. The mentally ill and their families expressed anguish and sadness facing the admittance to a psychiatric hospital, specially by the way care is rendered in these institutions, considering they do not foster rehabilitation.

KEY WORDS: Nursing care; Family, Mental health.

RESUMEN: Investigación cualitativa de inspiración fenomenológica basada en Heidegger. El tema propone una comprensión del significado de cuidar y ser cuidado para el ser portado de enfermedad mental y su familia. Revelar y comprender los significados atribuidos a los modos de cuidar por estos seres, ha posibilitado repensar la manera como cuidamos y lo que es necesario cambiar para atender a las necesidades del enfermo y de su familia frente al hecho de la enfermedad mental. Fue posible comprender la necesidad de ser cuidado frente a las manifestaciones iniciales de la enfermedad. Las familias y su familiar enfermo manifestaron angustia y tristeza delante la internación en el hospital psiquiátrico, en función de la manera como es hecho el cuidado en esta institución, considerando que ella no promueve la rehabilitación psicosocial del paciente.

PALABRAS CLAVE: Atención de enfermería; Familia; Salud mental.

REFERÊNCIAS

1. Costa ASSM. A convivência com o doente mental – uma análise compreensiva. [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 1998.
2. Oliveira AMN. Assistência de enfermagem às famílias que convivem com o ser humano portador do diagnóstico de doença mental. [Relatório da Prática Assistencial Mestrado em Assistência de Enfermagem Rio Grande: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.
3. Chesla CA. Mental illness and the family. In: Gillis CL et al. *To word a science of family nursing*. Los Angeles: Addison-Wesley Publishing; 1989.
4. Elsen I et al. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. In: Elsen I. *Desafios da enfermagem no cuidado de famílias*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1994 .
5. Capalbo C. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. *Rev Enferm UERJ* 1994; 2(2):192-7.
6. Simões SMF, Souza IEO. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. *Rev Latino-Am Enferm* 1997; 5 (3): 13-7.
7. Capalbo C. Abordando a enfermagem a partir da fenomenologia. *Rev Enferm UERJ* 1994; 2(1):70-6.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 1996.
9. Heidegger M. *Ser e tempo*. 6. ed. Petrópolis: Vozes; 1997. pt. 1.
10. Heidegger M. Todos nós ... ninguém- um enfoque fenomenológico do social/ Martin Heidegger: apresentação, introdução, notas e epílogo Solon Spavoudis. São Paulo: Moraes; 1981.
11. Lopes R, Souza IEO. Ser e tempo: marco do projeto filosófico heideggeriano. *Texto Contexto Enferm* 1997; 6(3):81-94.
12. Souza I. *Fenomenologia: uma abordagem metodológica heideggeriana*. Florianópolis: Universidade Federal do Paraná, Pós-Graduação em Enfermagem. 1998. Notas de Curso sobre Fenomenologia.

ENDEREÇO DOS AUTORES:
Rua Dr. Lavieira, 167
Rio Grande-RS
96216-040
vlunardi@terra.com.br