

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000280016>

PERCEPÇÕES DO SER HUMANO INTERNADO EM UNIDADE PSIQUIÁTRICA SOBRE O VIVER COM DOENÇA MENTAL¹

Gabriela Zenatti Ely², Marlene Gomes Terra³, Adão Ademir da Silva⁴, Fernanda Franceschi de Freitas⁵, Marinês Tambará Leite⁶, Bruna de Nicol Brum⁷

¹ Artigo extraído da dissertação - Percepções do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em 2015.

² Mestre em Enfermagem. Docente substituta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: gabii_ely@yahoo.com.br

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento e da Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: martesm@hotmail.com.br

⁴ Doutorando em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: aaspsiadao@gmail.com

⁵ Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Unidade Psiquiátrica do Hospital Universitário da UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fe_franceschi@yahoo.com.br

⁶ Doutora em Gerontologia Biomédica. Docente da UFSM. Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: tambaraleite@yahoo.com.br

⁷ Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: brunanicol@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: desvelar a percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental.

Método: trata-se de estudo de abordagem fenomenológica, cujos dados foram obtidos por meio de entrevistas com dez adultos internados em uma unidade psiquiátrica de um hospital de ensino do sul do Brasil, no período de janeiro a março de 2014. Utilizaram-se os passos da fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur e, para compreensão e interpretação das informações, o referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty.

Resultados: revelaram três temas: o mundo do ser humano que vivencia a doença mental; percepção da doença mental para o ser humano que vivencia a internação psiquiátrica; e o ser na relação de ambiguidade: o movimento de liberdade.

Conclusão: a equipe de saúde, em especial o enfermeiro, necessita incorporar a visão crítica reflexiva da prática assistencial, as bases científicas e a legislação vigente na área da saúde, em especial a saúde mental, as quais visam à autonomia de escolha centrada no ser humano que vivencia a doença mental. Também promover uma rede quente de cuidado singularizado que preze pelo acolhimento e instigue o autocuidado do ser humano por meio da educação em saúde na perspectiva de ações de integralidade. Logo, é fundamental a promoção de saúde, autonomia e liberdade pela escuta do ser humano que vivencia o fenômeno da doença mental, em seus desejos de vida e perspectivas clínicas.

DESCRIPTORES: Saúde mental. Adulto. Estresse psicológico. Percepção. Internação hospitalar. Enfermagem.

PERCEPTIONS OF INDIVIDUALS HOSPITALIZED IN PSYCHIATRIC UNITS ABOUT LIVING WITH A MENTAL DISORDER

ABSTRACT

Objective: to reveal the perception of individuals hospitalized in psychiatric units about living with a mental disorder.

Method: study with phenomenological approach with data obtained through interviews with ten adult individuals hospitalized in a psychiatric unit of a teaching hospital in the southern region of Brazil between January and March 2014. The steps of Paul Ricoeur's hermeneutic phenomenology were used, and Maurice Merleau-Ponty's theoretical-philosophical reference was used for data understanding and interpretation.

Results: three themes were revealed: the world of individuals that experience a mental disorder; perception on the mental disorder for the individual that experiences psychiatric hospitalization; and the being in the ambiguity relation: the movement of freedom.

Conclusion: the health care team, particularly nurses, need to incorporate the critical reflective view of the care practice, the scientific bases, and the legislation in force in the area of health, especially mental health, to enable autonomy of choice focused on the human being experiencing a mental disorder, as well as promote a warm network of individualized care that values the reception and incites the self-care through the education in health in the perspective of comprehensive actions. Therefore it is critical to promote health, autonomy, and freedom by listening to the individuals that experiences the phenomenon of a mental disorder in relation to their life desires and clinical perspectives.

DESCRIPTORS: Mental health. Adult. Stress, psychological. Perception. Hospitalization. Nursing.

PERCEPCIONES DEL SER HUMANO INTERNADO EN LA UNIDAD PSIQUIATRICA SOBRE EL VIVIR CON ENFERMEDAD MENTAL

RESUMEN

Objetivo: revelar la percepción del ser humano internado en una unidad psiquiátrica sobre el vivir con enfermedad mental.

Métodos: estudio con abordaje fenomenológico, cuyos datos fueron obtenidos por medio de entrevistas con diez adultos internados en una unidad psiquiátrica de un hospital de enseñanza del Sur de Brasil, en el periodo de enero a marzo de 2014. Se utilizaron los pasos de la fenomenología-hermenéutica de Paul Ricoeur y, para la comprensión e interpretación de las informaciones, el referencial teórico-filosófico de Merleau-Ponty.

Resultados: se revelaron tres temas: el mundo del ser humano que vive la enfermedad mental; percepción de la enfermedad mental para el ser humano que vive la internación psiquiátrica; y el ser en la relación de ambigüedad: el movimiento de libertad.

Conclusión: el equipo de salud, en especial el enfermero, necesita incorporar la visión crítico-reflexiva de la práctica asistencial, las bases científicas y la legislación vigente en el área de la salud, en especial la salud mental, las cuales visan la autonomía de elección centrada en el ser humano que vive la enfermedad mental. También promover una red de cuidado singularizado que preconice la recepción e instigue el autocuidado del ser humano por medio de la educación en salud en la perspectiva de acciones de integralidad. Consecuentemente, es fundamental la promoción de la salud, autonomía y libertad por la escucha del ser humano que vive el fenómeno de la enfermedad mental, en sus deseos de vida y perspectivas clínicas.

Descriptores: Salud mental. Adulto. Estrés psicológico. Percepción. Hospitalización. Enfermería.

INTRODUÇÃO

O processo saúde/doença envolve aspectos socioeconômicos e culturais do ser humano inserido em um contexto histórico e político de uma determinada sociedade. Em se tratando da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei n. 10.216) instiga o redimensionamento do modelo puramente hospitalocêntrico para o biopsicossocial.¹ Sendo assim, faz-se necessário desconstruir a clínica psiquiátrica e reconstruir novos dispositivos de assistência mental que considerem o contexto social e, principalmente, o ser humano como protagonista desse processo. Também implica em escolhas próprias de vida, ou seja, sua autonomia como ser humano que vive a doença mental. Uma estratégia é a educação em saúde, que permite a compreensão do processo saúde/doença e possibilita ações de responsabilização do tratamento e ações de promoção da saúde.²

Embora a Reforma Psiquiátrica tome como ponto o redirecionamento do modelo assistencial, antes centrado no hospital psiquiátrico, para uma atenção integrada em rede, baseada no território do indivíduo, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), a internação ainda é um suporte terapêutico necessário em determinados momentos da vida do ser humano. A doença em si não é o fator determinante da internação, mas o quadro de gravidade que apresenta em decorrência de as necessidades terapêuticas ultrapassarem o perfil dos serviços extra-hospitalares.³ Na conjuntura de políticas públicas em saúde mental é necessário pensar o cuidado na perspectiva longitudinal. A equipe de referência em saúde, por meio do acolhimento ao ser humano que vive com a doença mental, investe no desenrolar do processo saúde/doença e desvela as

necessidades psicossociais. Efetiva os dispositivos de cuidado na rede de saúde em ações interdisciplinares, intersetoriais, apoios matriciais, educação em saúde, os quais auxiliam no fluxo do usuário pela linha de cuidado em saúde mental.⁴

O enfermeiro, como membro da equipe multiprofissional de saúde, necessita congrega nas suas ações de núcleo profissional o gerenciamento do cuidado e instigar as potencialidades do ser humano como agente ativo e negociador de sua terapêutica, assim como propor ações interdisciplinares e intersetoriais na perspectiva da integralidade do cuidado longitudinal da sua transferência entre a equipe de referência e apoiadores matriciais.⁵⁻⁶ Ao analisar a produção científica sobre a temática, evidenciou-se que há uma lacuna no que tange a estudos que abordassem especificamente a percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental de acordo com a fenomenologia merleau-pontyana.⁷

Os estudos nacionais mostram a necessidade de explicar a doença mental por meio da concepção do que levou o ser humano a tornar-se um doente mental. É expressa em um acontecimento (o fato) que desencadeou a crise do paciente, abalou negativamente a estrutura familiar e determinou a história de vida do ser humano que vivencia e experiencia a doença mental.⁸⁻⁹ Nesse sentido, o ser humano não é, mas se torna um doente mental a partir daquele acontecimento, dos sintomas da doença que apresenta. Esses sintomas necessitam de uma classificação e explicação científica em detrimento do significado atribuído à sua vivência e perspectiva de vida. Há o desconhecimento do sujeito acerca de si.¹⁰⁻¹¹

Ele evidencia a sintomatologia delirante ao uso de medicamentos; concretiza a doença mental

na internação psiquiátrica e na concepção do inútil social; não possui responsabilidade e capacidade produtiva para o trabalho.¹² O adoecimento mostra-se como o rompimento da rotina e trajetória da sua vida, e a perda da percepção de sentido diante de suas vivências e experiências de vida.¹³ Esse ser humano estigmatizado socialmente carece de informações sobre a patologia. O ser humano que vive a doença mental possui o espaço de identidade a partir da concepção do outro, na sua condição de doente, não recuperação e frustração social.¹⁴ Nessa perspectiva, o paciente tem a concepção do poder do diagnóstico.¹⁵

Em estudos internacionais evidencia-se que este fenômeno de vivência pessoal a partir do discurso do outro pode advir de vários fatores. Um deles é o de “autoestigma”, que é um fenômeno mal adaptativo e psicossocial que afeta um número substancial de pacientes psiquiátricos. Os que apresentam alto nível de autoestigma aceitam os prejuízos sociais relacionados às pessoas com doenças mentais. Eles são convencidos de sua inferioridade e de que seus sintomas e doença são intratáveis. O efeito do autoestigma é percebido diretamente na eficácia do tratamento psiquiátrico.¹⁶

Diversos fatores podem ajudar a compreender a vivência da internação psiquiátrica involuntária e são representados por duas formas de atendimento. Quando as práticas eram representadas por desempoderamento, desconexão do atendimento ao que o paciente pensava em termos de poder sobre os pacientes, a representação da internação foi de terror e facilidade de ocorrerem abusos dos direitos humanos, enquanto que, no sentido oposto, quando as práticas eram centradas no cuidado e escuta da pessoa, com respeito às suas crenças, a internação foi representada como um santuário, um local em que poderiam se restabelecer e vencer os seus sintomas. Esses resultados reforçam a importância da maneira com que se deve proceder num serviço de internação psiquiátrica, onde a conduta da equipe pode definir o prognóstico da doença e a qualidade de vida dos pacientes.¹⁷

Nesse contexto, questiona-se: como o ser humano internado em unidade psiquiátrica percebe o viver com doença mental? E, no intuito de responder, estabeleceu-se como objetivo: desvelar a percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem fenomenológica pautada no referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty, que busca

a compreensão de vivências do ser humano. O filósofo compreende a fenomenologia como uma experiência ambígua que possibilita perceber muitos perfis sobre determinada temática. Para ele, a fenomenologia é o estudo das essências, que permite compreender a pessoa a partir de sua facticidade. É uma filosofia que repõe as essências na existência, é a própria experiência na busca de um sentido e que procura compreendê-la na sua totalidade existencial. É uma abordagem de descrição direta da experiência como corpo encarnado, como corpo vivido situado em tempo e espaço circunstanciais do mundo vivido.⁷ O filósofo propõe a percepção como meio da existência concreta na descrição da experiência humana e ela ocorre por meio do corpo que tem a ver com a temporalidade, o que nos acontece no momento. O corpo é fundamento para o conhecimento; é sua essência que se desenvolve ao longo da história, constituindo a expressividade e a sua subjetividade como ser no mundo.¹⁸

O local da pesquisa foi uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital de ensino situado na Região Sul do Brasil. Foi desenvolvida com pessoas adultas que estavam internadas no momento da produção dos dados e que voluntariamente aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para tanto, elegeu-se como critérios de inclusão: adultos, o que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), compreende a faixa etária de 15 a 59 anos, de ambos os sexos, que já tinham perpassado pela fase aguda da doença, e, como critérios de exclusão: adultos em crise aguda; com limitações cognitivas ou com sequelas neurológicas incapacitantes, as quais restringiam a participação no momento do estudo.

Para a produção de dados utilizou-se a entrevista fenomenológica, gravada em dispositivo digital. Esse tipo de entrevista busca acessar o fenômeno interrogado pela compreensão do vivido do ser humano, tendo em vista que promove a abertura à escuta do outro, disponibilidade e preocupação em não induzir as suas falas. Ela ocorre no encontro singular entre entrevistador e cada participante do estudo. E, em virtude de a entrevista se referenciar ao encontro subjetivo entre dois seres humanos, não há uma receita para a elaboração da entrevista fenomenológica, mas é necessário que o pesquisador a intencione para o objeto de estudo. Além disso, desenvolva a empatia pelo outro, atentando como o sujeito se mostra, respeitando seu jeito, silêncio e seus gestos, captando outras formas de se comunicar com o mundo.¹⁹

Para a realização das entrevistas foi utilizado um gravador, em áudio MP3, a fim de garantir a fidedignidade dos registros dos discursos, e também de um diário de campo onde eram registradas as percepções dos pesquisadores em relação aos gestos, às ações e interações. As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a março de 2014, em uma sala da unidade de internação que preservou a privacidade do participante da pesquisa. Foi apresentada a seguinte questão: "Como é para você ter uma doença mental? Em relação ao número de participantes deste estudo, não foi predeterminado. A produção de dados e a compreensão e interpretação dos discursos ocorreram concomitantemente. O número de 10 participantes possibilitou o alcance do objetivo do estudo proposto e revelou o fenômeno em sua essência, como estrutura de significados.²⁰ O tempo em fenomenologia não é demarcado cronologicamente, mas a entrevista mais breve durou três minutos e 44 segundos e a mais extensa durou 69 minutos e 35 segundos.

Neste estudo, optou-se pela utilização da fenomenologia-hermenêutica do filósofo francês Paul Ricoeur, pois almeja a interpretação do ser pelo pensamento do ser humano e formula a análise sobre a sua vontade. Busca desvelar o sentido oculto daquilo que está aparente, a fim de reencontrar o sentido autêntico da linguagem. A hermenêutica de Ricoeur compreende três fases: a leitura simples, a leitura crítica e a apropriação, buscando, por meio da experiência manifesta no sentido do discurso escrito, compreender a existência humana, desvelando a realidade em sua totalidade. Logo, para compreender o sentido do texto o leitor necessita compreender qual a intencionalidade do texto de revelar as verdades do fenômeno.²¹

A interpretação dos achados foi realizada texto por texto, pois, para a compreensão desse, o leitor necessita ir além do sentido literal das palavras na frase. A busca pelos sentidos aconteceu por meio da compreensão do texto, a partir das situações da realidade apreendida do vivido do outro (leitura simples). Foi utilizada a análise cromática para evidenciar a fundamentação teórico-filosófica de Merleau-Ponty, em que os temas foram estruturados a partir dos segmentos do discurso escrito compreensivo no texto, que formaram, por sua vez, uma unidade de sentido (leitura crítica).²¹

Nessa perspectiva, diante dos temas, foi preciso ter habilidade para compreender os sentidos e as imagens projetadas diante do texto ou, como lembra Ricoeur, da metáfora (apropriação). Essa revela algo novo diante da realidade e permite a compreensão

do texto a partir de um aprimoramento do sentido, que emerge do conflito entre palavras e abarca uma nova significação na frase.²¹ A metáfora no estudo foi compreendida como Homem no mar na perspectiva do ser humano (homem e mulher), e nos convida como leitores a participar da aventura, e mostrar-se em perspectivas, como o movimento das ondas do mar e do homem no mundo. Sendo assim, desvelaram-se três temas: o mundo do ser humano que vivencia a doença mental; percepção da doença mental para o ser humano que vivencia a internação psiquiátrica; e, o ser na relação de ambiguidade: o movimento de liberdade.

O projeto de pesquisa pautou-se nos princípios da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria sob o Parecer n. 512.085/2014 e CAAE: 26153713.1.0000.5346. A participação dos sujeitos ocorreu de forma voluntária e, após serem esclarecidos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, os participantes foram identificados com a letra "H" (Homem), seguida de algarismos arábicos conforme a ordem crescente de realização da entrevista (H1 a H10).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O mundo do ser humano que vivencia a doença mental

O ser humano que vive a doença mental revela suas percepções em perspectivas diante do mundo vida. Esse é o vivido, enraizado pela experiência humana num leque de significados singulares em que cada um percebe, em dado momento circunstancial. A essência do sujeito permanece como figura de fundo nas suas significações como vida, mas elas não são estáticas. Há o movimento da consciência diante de si, do tempo de novas experiências e significações do vivido. Quando o ser humano necessita iniciar o seu pensamento, precisa se movimentar diante de si, mergulhar em seu corpo, que constitui o seu mundo, sem negá-lo diante das incertezas do mundo sensível.²¹⁻²² O ser humano, ao se permitir pensar sobre como é vivenciar o fenômeno da doença mental, revelou o seu desejo de mostrar-se como o homem no mar. Esse apreende experiências, percepções, comportamentos e reconhece-se gradativamente como sendo ações suas no mundo, do seu corpo no mundo, tornando-se uma consciência encarnada.^{18,21-23}

O mundo da doença mental é imposto ao ser humano na descoberta do diagnóstico psiquiátrico. Ele é surpreendido por uma cientificidade, a qual mostra que o seu comportamento reflete uma doença mental. O conformismo ocorre quando o ser humano percebe que está diante de um quadro de adoecimento e, também, de aceitação do discurso do outro, como expressam as falas, a seguir: *como você vai formar um parecer [gesticula com as mãos] sobre uma pessoa pela boca dos outros? No que o psiquiatra vai se basear pra dizer que a pessoa é doente ou não? Na conversa de familiares e amigos (H3); ah! Eu não queria acreditar. Eu achava que, até hoje ainda, que os médicos podiam estar enganados. Mas não estão, é verdade. Eles acharam alguma coisa errada [abaixa o tom de voz] e muito errada se eu ficar sem tomar o remédio. Ele [médico] disse o diagnóstico na cara da minha mãe: bipolar. Eu lembro que foi isso o que ele disse, mas não entendi (H6).*

Há uma doença crônica, não podemos negá-la e nem mesmo supor que o ser humano não poderá ter limitações diante de seu quadro clínico, e que possivelmente necessitará de adaptações terapêuticas no seu cotidiano, pois negar o tratamento também é uma forma de exclusão.²¹ Porém, na medida em que o ser humano descobre ter uma doença mental, passa a ser a própria doença mental, pelo discurso do outro (médico, social), incorporando-o a si: sou um doente mental no tom de generalidade.²² O homem no mar expressa ambiguidade em seu discurso, numa relação de coexistência, do discurso de um e do outro.²³ Logo, reconhece no outro algo velado, percebe o mundo do outro, o que auxilia no reconhecimento do seu mundo:^{7,21-23} *ser bipolar é como a água e o vinho, assim eu me sinto em relação a mim e em relação às outras pessoas (H5).*

As experiências de cada ser humano são singulares e se manifestam pela linguagem (verbal e não verbal) nas relações com o mundo e na interação com o outro na fala falada (diálogo rotineiro) e na fala falante (permeada pela criatividade e significado das vivências).^{7,23-26} O homem no mar revela uma fala falada de um ser em meio da multidão, alienada ao meio do convívio social que a prende à sua doença e a limita à sua condição clínica. Ele pode aceitar a condição passiva de ser o doente mental, num processo não reflexivo. Aprisionado pela doença, faz uma retomada dos vividos que se apresentam sob um fundo, o hábito, as formas de tratamento e o estigma. Isso acontece sem deliberação ou planejamento e sempre de forma modificada.

Ao repensar suas ações e atitudes frente à sua vida, mostra-se com o sentimento de surpresa e entusiasmo na possibilidade de falar de si, pela

fala falante, revela o seu ser no mundo, no qual carrega significados diante da realidade percebida.²³ Como sujeito corporificado,^{7,18,21-23} o homem no mar torna-se o meio expressivo das suas vivências, mostrando-se e escondendo-se ao meio das ondas, na perspectiva de ser no mundo, no movimento das ondas em reconhecimento de si: *está sendo muito difícil, porque eu tenho vontade de continuar sendo da mesma forma, daquele jeito que eu era feliz, antes de descobrir a doença (H2); é um inferno, porque eu quero viver a minha vida e eu nunca posso [...]. Para mim não tem coisa pior em ser tida como doente (H3); e sobre a minha doença eu não sei, como eu vou saber sobre minha doença? Eu acho ruim, esse ruim é ruim mesmo. Eu não sei dizer sobre a doença (H9).*

Esse resgate histórico de sua vida traz no presente as vivências da doença mental: a descoberta do diagnóstico, as dificuldades de convivência com os sinais e sintomas, o medo de si e do outro, o tratamento. Por vezes, quando visualiza um quadro de melhora, há ideia de cura passageira e a mascarada possibilidade de liberdade, por não necessitar de tratamento. Nesse movimento, termina por prender-se ao sofrimento mental; ou à exclusão na lógica manicomial, uma vez que não tem acesso ao tratamento que possibilite sua melhora, ferindo os princípios do SUS. Ou, ainda, pelo tratamento retirar as características do seu jeito de ser, o que provoca uma estranheza diante de si e das lembranças que constituíam sua identidade como ser humano.

Nesse contexto, mesmo com os avanços na conjuntura política em saúde mental e da luta por sua efetivação, a qual instiga a autonomia do sujeito e a valorização da cidadania,²⁴⁻²⁵ o que se percebe no discurso é que se limita e reduz-se essa condição clínica no mundo da doença mental, indiferentemente do local que ele habita. Entretanto, a doença mental configura-se em um mundo em que se rotulam os personagens. Utiliza-se uma máscara (profissional, social) para ditar as regras, que os reaproxima da normalidade humana e ao mesmo tempo propõe-se um mundo paralelo à sua existência. O fato de não se oportunizarem escolhas de tratamento à pessoa, também é um modo de exclusão e de retirada do direito dela frente à sua própria vida.²⁷

A autonomia, na conformação dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTSs), embasada somente pelo leque de possibilidades dos profissionais, e não do ser humano como fonte de seu desejo, como modalidade de tratamento e promoção de vida é exemplo de uma ideia mascarada. A construção do PTS necessita ser realizada conjuntamente com o ser humano que vivencia a doença mental, as pers-

pectivas clínicas e desejos de vida, o que propicia o resgate de sua história e potencializa sua autonomia.²⁸⁻²⁹ Em virtude disso, não é o local que prende o ser humano em sua doença, mas o próprio modelo manicomial que perdura na mentalidade humana.³⁰

Percepção da doença mental para o ser humano que vivencia a internação psiquiátrica

A percepção do ser humano diante do mundo nesse momento está imbricada na facticidade da existência numa rede de intencionalidades. Permeia a essência do ser humano, do vivido e seus significados diante do mundo vida na perspectiva de uma relação temporal, entre passado, presente e futuro. A temporalidade é um processo constituído subjetivamente, sendo a consciência a forma de todos os tempos:^{7,22,31} *faz um mês e 11 dias, é bem puxado, é muito tenso, sabe, e isso aí eu me queixo todos os dias, é muito tenso aqui dentro. Se não é vocês aqui dentro, eu acho que eu tinha pirado já (H2); eu me sinto isolada. Trancada. Presa [arregala os olhos]. Ruim estar aqui, a gente não pode sair pra fora. Às vezes, a gente sai [suspira]. [...] eles tratam a gente bem, mas não é como estar lá fora. Lá fora você sabe se virar (H9).*

O ser humano nasce no mundo e do mundo. Esse já existe quando ele nasce, mas nunca está totalmente constituído. Não é determinismo, nem mesmo escolha absoluta, pois há relação de coexistência do ser humano entre as coisas, que solicita determinação externa e de uma consciência que não pode ser pura. O ser humano coexiste nesse emaranhado de coisas e os outros, o que torna a ideia de liberdade absoluta ligada a uma situação, pois ela é uma estrutura psicológica e histórica. Estando no mundo, há uma estrutura do seu existir, em que somente assumindo a sua posição social e natural é que o ser humano poderá se libertar. Logo, ele nasce motivado a descobrir o mundo em um campo de possibilidades. Mas, ao mesmo tempo, é limitado por esse mundo numa relação ambígua de coexistência.^{7,18,21-23}

No discurso do ser humano internado há questionamentos do reconhecimento de si diante da doença mental, como sujeito do e no mundo em uma relação de coexistência, da significação do ser humano que se reconhece doente e designa o hospital como um lugar de reconhecimento do sentir-se em casa em um meio amigável e no questionamento pela retirada da sua documentação, e, conseqüentemente, de sua cidadania. *Para mim está sendo muito difícil porque o meu jeito mudou. Eu não sei se são as medicações. Mas eu tenho vontade de voltar*

a ser como eu era, mas não posso, porque aquilo era uma doença. Então, eu não posso ser mais. Então, eu fico meio oprimida, meio triste, mas o que eu posso fazer? Me salvaram quando tentei o suicídio, mas morri na descoberta do diagnóstico (H2).

O ser humano percebe a doença mental como parte do seu mundo, quando compreende que a doença mental pode motivar sensações pelo seu corpo, alterando seu comportamento no cotidiano.^{7,21,26} Sendo assim, além do fato de ele estar vivenciando a internação psiquiátrica e as rotinas hospitalares, os seus discursos remetem às dificuldades de conviver com a própria doença mental. Ele se mantém, por diversas vezes, refém pelo não controle do corpo e seus impulsos diante dos sinais e sintomas, tratamento, e pelo aprisionamento social, intelectual, institucional e dele próprio.

O corpo reflete esse mundo,²¹⁻²³ quando incorpora as grades da lógica manicomial pela própria doença, reduzindo as percepções de si diante de um quadro patológico de causalidade explicativa, culpabilização, de não controle dos seus atos frente à crise psiquiátrica e impulsos do processo corporal. Assim, o ser humano vivencia o mundo da doença mental pelas marcas sentidas e vividas pelo seu corpo: [...] *nunca vão enxergar dentro da cabeça da gente. É uma coisa que não enxerga. Tu não vê a doença mental, tu sente isso (H4); se a pessoa pudesse controlar, mas não controla (H6); hoje, não estou bem. Mas todos os meus exames foram bons, minha pressão, todas boas, meu batimento cardíaco muito bom, meu fígado muito bom (H8); desde criança eu tenho a cabeça quebrada (H10).*

Sendo assim, o mundo da internação psiquiátrica é vivenciado por um misto de sensações ao corpo próprio em meio à temporalidade da existência humana,^{7,21-23} ora por um sentimento de isolamento e aprisionamento do seu corpo pelos muros institucionais, ora pelo sentimento de empatia com o local, de identificação como o movimento de voltar para casa, pois o mundo da internação estaria acolhendo o ser humano em um sentimento interpretado por amigável; ora vivenciado por sentimentos e lembranças de momentos difíceis, com marcas no corpo sob a forma de tratamento (injeções, contenções mecânicas, poder da fala do profissional), ora pela possibilidade de ressignificar a internação como um processo de amadurecimento frente ao seu tratamento.

Por mais que a vivência da internação psiquiátrica pelo ser humano termine, as lembranças daquele mundo vivido perdurarão na sua memória. Além disso, a consciência faz o movimento prospectivo na fala do ser humano, que referencia a possibilidade

de encorajar suas escolhas e responsabilização de refletir frente à sua ação do homem no mundo em um movimento libertador.^{7,22-23}

O Ser na relação de ambiguidade: o movimento de liberdade

Todo ser humano tem uma relação de ambiguidade em sua existência no mundo. A ambiguidade permeia a relação consigo e com o outro na mistura do discurso e da contradição, pois eu me percebo diante do outro encarnado, e o outro se percebe diante de mim. Nessa relação de coexistência me materializo como marcas do meu corpo vivido investindo no meu campo habitual. Percebo-me e sou percebido como um ser existencial diante do mundo inacabado de descobertas e significações singulares.²²⁻²³

Nesse sentido, o ser humano que vivencia a doença mental manifesta em seu corpo vivido o desejo da normalidade percebida no outro. Por vezes, incorpora ao seu campo habitual o discurso do outro, de como viver e dos hábitos sociais aceitáveis: *não está sendo fácil, sabe, porque eu queria ser uma pessoa normal, sabe, assim como tu, como ele, que nem tudo mundo* (H2); *eu queria uma vida normal só. Recuperar uma vida como eu era antes, eu trabalhava, tudo, no fim me aposentei, não pude mais fazer o que eu gostava* (H6).

A liberdade na existência humana é uma conquista da ação do homem no mundo diante de certa situação. Não há uma liberdade e nem determinismo pleno. Nascemos livres em um mundo que está aberto às possibilidades do que desejamos; contudo, esse mesmo mundo já existente, com sua essência, suas amarras, está em um constante movimento de construção, o que permite o desejo de liberdade.⁷ Sendo assim, o ser humano necessita se constituir nesse mundo, o qual influenciará seus desejos e escolhas pelos aspectos sociais, culturais, geográficos, e que podem impor limites à sua liberdade.²²⁻²³ A liberdade advém do desejo de ser livre. Precisa questionar-se em que situação deseja ser livre. A força desse desejo não está ligada aos motivos. Esses pautam as justificativas, que geralmente o paralisam diante dos reais desejos.^{21-22,30} Logo, o maior ato de liberdade prevê a escuta dos reais desejos do ser humano em uma dada situação.

Desse modo, o ser humano empoderado de sua situação de saúde manifestará seu desejo frente ao seu tratamento e possibilidades de vida. Sendo assim, não se liberta o ser humano quando ocorre a alta da unidade de internação psiquiátrica, mas,

sobretudo, pode-se viabilizar que eles conquistem sua liberdade pela escuta do seu desejo como ser ambíguo no mundo: *eu não me acho uma pessoa impossibilitada, não me acho uma pessoa incapaz* [e gesticula com a cabeça e as mãos no sentido negativo]. *Não sou carta fora do baralho [...] Mas hoje estou aqui. Minha doença me afasta das pessoas, da minha casa e de seguir minhas vontades* (H1); *eu posso até estudar de novo, se eu quiser, mas eu não quero, tudo aquilo que pode eu não faço, sou muito prisioneira também em casa, eu não ando muito na rua* (H5); *Muito difícil, quando você não aceita o tratamento, torna-se mais difícil. Por exemplo, quando a minha mãe começou, ela começou a se recusar de tomar os remédios, e eu dizia: a senhora pode pagar o remédio, pode conseguir, a senhora tem essa chance de poder tomar o remédio. E ela não queria aceitar e, agora, eu estou no mesmo ponto* [ri euforicamente] (H7); *a doença mental te tira bastante a tua liberdade. E tu aprende um pouco mais sobre a vida* (H8).

Percebe-se que o ser humano é um ser ambíguo na existência no mundo.⁷⁻²¹⁻²³ Em se tratando do ser humano que vive a doença mental há a relação de ambiguidade entre o desejo da normalidade do outro e a identificação do mundo da loucura; do preconceito e hábitos sociais aceitos com o movimento dos seus desejos em prol do movimento de liberdade; das grades institucionais e das constituídas pela mente humana; da relação do tratamento, por vezes, imposto pela certeza do saber científico e do tratamento preconizado pela Política de Atenção em Saúde Mental. Mas, afinal, qual é o espaço para a escuta do real desejo terapêutico do ser humano para sua vida?

Observa-se, assim, que o ser humano prende-se em sua própria doença, em que suas ações refletem o mundo da loucura em seu cotidiano. Há de se trabalhar os significados para sua vivência, suas concepções de vida, suas perdas, apoiar-se no elaborar dos lutos diários e comemorar suas conquistas terapêuticas e desejos de vida. É possível instigar o ser humano para as possibilidades terapêuticas, mas, primeiramente, os profissionais da saúde necessitam abrir suas mentes para o se reinventar como ser humano no mundo.

CONCLUSÃO

Este estudo teve por objetivo desvelar a percepção do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental. Produziu conhecimento pelo movimento da investigação na compreensão do fenômeno, por meio do embasamento teórico-prático, substanciado pelo referencial metodológico filosófico, o qual instigou o encontro

intersubjetivo com o ser humano que vivencia a doença mental.

A busca pela aproximação da compreensão do aporte filosófico de Merleau-Ponty estimula à percepção do corpo próprio, estremecido pelo campo habitual do cotidiano assistencial e do ensino. Impulsiona a buscar significados para o movimento de liberdade do ser humano em perspectiva de mundo e a efetivação do cuidado pautado na integralidade. No contexto da política de humanização, que almeja efetivar os princípios e diretrizes do SUS e da clínica ampliada, motiva um ser de possibilidades, não resumindo o ser humano a uma comorbidade clínica. Além disso, Ricoeur incentiva a ouvir as vontades e desejos, a valorizar a reflexão das ações do homem no mundo e significá-las, o sentido da linguagem, da vida e o ser na sua totalidade. A educação em saúde empodera o ser humano diante de suas escolhas terapêuticas e possibilidades de vida e propulsiona a linha de cuidado de saúde mental.

Nesse contexto, os profissionais da área da saúde necessitam incorporar a visão crítica reflexiva da prática assistencial, as bases científicas, a legislação vigente em saúde e em saúde mental, as quais almejam autonomia e poder de escolha do ser humano que vivencia a doença mental. Assim, poderá haver avanços na construção da assistência na linha de cuidado em saúde mental em uma perspectiva de integralidade do cuidado. Contudo, há muitos desafios, principalmente no que tange ao poder profissional sobre o outro e à relação de dependência estabelecida para o paciente aos serviços de saúde de referência. O enfermeiro necessita assumir o papel de acolhimento frente ao ser humano, frente ao que Merleau-Ponty denomina de corpo próprio. É preciso ter conhecimento técnico e clínico em saúde mental para reconhecer os sinais e sintomas, antever crises psiquiátricas, mas, também, é necessário expandir esse cuidado aos aspectos biopsicossociais e promover saúde.

Faz-se imperioso ofertar meios para a educação em saúde e empoderar o ser humano para a corresponsabilização do tratamento e controle social. A educação em saúde é uma estratégia de estimular o movimento do homem no mar, para o autocuidado, prevenções de crises, reconhecimento da sintomatologia e escolhas terapêuticas. Além de instigar o ser humano para os significados da doença mental vivenciada de forma singular no processo saúde/doença. Essas ações podem ser realizadas em grupos terapêuticos e/ou por meio de consultas de enfermagem, priorizando ações em saúde por meio da sistematização da assistência e do acolhimento em saúde mental. Logo, o enfermeiro

necessita delimitar o seu papel de núcleo na equipe de saúde para possibilitar as trocas de conhecimento e experiências em trabalhos interdisciplinares, o que é fundamental para a continuidade do tratamento na perspectiva da integralidade do cuidar.

Essa continuidade do tratamento se propõe por meio da transferência do cuidado entre as equipes de saúde, a equipe de referência e, caso necessário, a equipe matricial e ações intersetoriais. Sendo assim, na própria internação do paciente é necessário realizar um plano de alta hospitalar, tecer a rede de continuidade do tratamento substanciada pela voz do paciente e suas condições clínicas. Para tanto, o ser humano internado em unidade de internação psiquiátrica necessita ter uma equipe de referência em saúde, mas que preze sua liberdade, ou seja, não o deixe dependente de sua conduta terapêutica, mas, sim, como meio de suporte ao processo saúde/doença. Mesmo ele estando em alta hospitalar, esse serviço ainda é corresponsável pelo seu tratamento na linha de cuidado em saúde mental, situado como ponto de apoio matricial na rede. Assim, são de suma importância a comunicação nos serviços de saúde e entre eles, a educação permanente e a sensibilização dos gestores, para auxiliar na aplicabilidade dos investimentos e para o planejamento de ações relativas ao processo saúde/doença na sua conjuntura integral.

O conhecimento de enfermagem em saúde mental é fundamental para promover a rede quente de cuidado, que preze pelo acolhimento e transferência do cuidado do ser humano, de acordo com suas reais necessidades terapêuticas e de níveis de complexidade. Desse modo, haverá possibilidade de efetivar ações de saúde na perspectiva da integralidade, da promoção da saúde mental e a prática da enfermagem social.

Entende-se, como possível limitação da pesquisa, o contexto específico para a atenção ao adulto internado em unidade psiquiátrica, sendo um recorte das inúmeras vivências no contexto da saúde mental. Pensa-se que outras realidades possam agregar evidências que possibilitem a compreensão de quem vivencia a doença mental, a fim de auxiliar no processo saúde/doença. Sugere-se a replicação deste estudo em outros cenários do cotidiano da convivência humana e em serviços da linha de cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo

- assistencial em saúde mental. Brasília (DF): Diário Oficial; 2011 abr 06.
2. Botti NCL, Torrêzio MCS. Significados do Festival da Loucura: a perspectiva de profissionais do Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 08]; 21:307-11. Available from: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7455>
 3. Brischiliari A, Bessa JB, Waidman MP, Marcon SS. Concepção de familiares de pessoas com transtorno mental sobre os grupos de autoajuda. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 08]; 35(3):29-35. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/41015>
 4. Wetzel C, Pinho LB, Olschowsky A, Guedes AC, Camatta MW, Schneider JF. A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 08]; 35(2):27-32. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43052>
 5. Azevedo EB, Carvalho RN, Cordeiro RC, Costa LFP, Silva PMC, Filha MOF. Tecendo práticas intersectoriais em saúde mental para pessoas em sofrimento psíquico. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 08]; 4(3):612-23. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/272565256>
 6. Almeida ANS, Feitosa RMM, Boesmans EF, Silveira LC. Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental: reflexões sobre a prática do enfermeiro. *Rev Pesq: Cuidado Fund Online* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 08]; 6(1):213-34. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2819/pdf_110
 7. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
 8. Furegato ARF, Silva EC. A doença mental vivida por um paciente psiquiátrico: suas percepções. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2006 [cited 2016 Aug 08]; 10(4):652-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400006
 9. Miranda FAN, Dutra SVO, Pessoa Júnior JM, Rangel CT. The opinion of family members in the family health strategy about the mental illness, the patient and the family. *Rev Pesq: Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 08]; 4(4):2901-8. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2026>
 10. Maciel SC, Maciel CNC, Barros DB, Sá RCN, Camino LF. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF* [Internet]. 2008 [cited 2016 Aug 08]; 13(1):115-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a14.pdf>
 11. Assad FB, Pedrão LJ. O significado de ser portador de transtorno mental: contribuições do teatro espontâneo do cotidiano. *SMAD, Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 2011 [cited 2016 Aug 08]; 7(2):92-7. Available from: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49578>
 12. Colvero LA, Ide CAC, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2004 [cited 2016 Aug 08]; 38(2):197-205. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>
 13. Ferreira MSC, Pereira MAO. Cuidado em saúde mental: a escuta de pacientes egressos de um hospital-dia. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 08]; 65(2):317-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a18.pdf>
 14. Nunes M, Torrenté M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de Centros de Atenção Psicossocial, Bahia e Sergipe. *Rev Saúde Pública* [Internet]. [cited 2016 Aug 08]; 43(1):101-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0348910200900800015&lng=em
 15. Salles MM, Barros S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2016 Aug 08]; 22(1):11-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a02v22n1.pdf>
 16. Holubova M, Prasko J, Latalova K, Ociskova M, Grambal A, Kamaradova D, et al. Are self-stigma, quality of life, and clinical data interrelated in schizophrenia spectrum patients? A cross-sectional outpatient study. *Dove Press J* [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 08]; 10:265-74. Available from: <https://www.dovepress.com/are-self-stigma-quality-of-life-and-clinical-data-interrelated-in-schi-peer-reviewed-article-PPA>
 17. Seed T, Fox JRE, Berry, K. The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies. *Inter J Nurs Stud* [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 08]; 61:82-94 Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748916300633>
 18. Oliveira PP, Viegas SMF, Santos WJ, Silveira EAA, Elias SC. Women victims of domestic violence: a phenomenological approach. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 08]; 24(1):196-203. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100196
 19. Paula CC, Padoin SMM, Terra MG, Souza IEO, Cabral IE. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 08]; 67(3):468-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0468.pdf>
 20. Paula CC, Cabral IE, Souza IEO, Padoin SMM. Movimento analítico-hermenêutico heideggeriano: possibilidades metodológicas para a pesquisa em

- enfermagem. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 08]; 25(9):984-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600025
21. Freitas FF, Terra MG, Silva AA, Ely GZ, Girardon-Perlini NMO, Leite MT. Alta hospitalar da pessoa com transtorno mental: significados atribuídos pelo familiar. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 08]; 7:6477-87. Available from: doi:10.5205/reuol.3794-32322-1-ED.0711201322
22. Matthews E. *Compreender Merleau-Ponty*. São Paulo: Vozes, 2010.
23. Silva AAS, Terra MG, Freita FF, Ely GZ, Mostardeiro SCTS. Cuidado de si sob a percepção dos profissionais de enfermagem em saúde mental. *Rev Rene* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 08]; 14(6):1092-102. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3717>
24. Salles MM, Barros S. The social exclusion/inclusion of users of a psychosocial care center in everyday life. *Texto contexto Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 08]; 22(3):704-12. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072013000300017&script=sci_arttext&tlng=en
25. Andrade LM, Sena ELS, Jesus IS. A experiência do outro e o vir a ser cidadão idoso. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 08]; 35(2):14-9. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/41792>
26. Silva AA, Terra MG, Motta MGC, Leite MT, Padoin SMM. Enfermagem e cuidado de si: percepção de si como corpo existencial no mundo. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 08]; 21:366-370. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a15.pdf>
27. Pinho LB, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider JF, Lacchini AJB. Ideology and mental health: analysis of the discourse of workers in the psychosocial área. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 08]; 23(1):65-73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100065
28. Scholz DCS, Duarte MLC, Correa MM, Torres OM, Balk RS, Strack EM. Construction project of a therapeutic CAPS in Southern Brazil. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 08]; 14(27):65-69. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/116241?locale=en>
29. Schimith MD, Brêtas ACP, Budó MLD, Chiesa AM, Alberti GF. Colonialismo nas relações entre trabalhadores e usuários durante as práticas de cuidado: implicações para a integralidade da atenção. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 08]; 17(4):788-95. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400788
30. Ely GZ, Terra MG, Silva AA, Freitas FF, Padoin SMM, Lara MP. Internação psiquiátrica: significados para usuários de um centro de atenção psicossocial. *SMAD, Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 08]; 10(1):23-8. Available from: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/86760>
31. Sena ELS, Helca THF, Carvalho PAL, Souza VS. A intersubjetividade do cuidar e o conhecimento na perspectiva fenomenológica. *Rev Rene* [Internet]. 2011 [cited 2016 Aug 08]; 12(1):181-8. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a24v12n1.pdf