

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA HOSPITALAR:  
DESVELANDO OS SIGNIFICADOS DESTE MUNDO  
VIVIDO**

**EGLÊ REJANE KOHLRAUSCH**

**PORTO ALEGRE, FEVEREIRO DE 2000**

Biblioteca  
Esc. de Enfermagem da UFRGS

**EGLÊ REJANE KOHLRAUSCH**

**A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA HOSPITALAR:  
DESVELANDO OS SIGNIFICADOS DESTE MUNDO  
VIVIDO**

*Dissertação apresentada ao  
Curso de Mestrado em Enfermagem  
da Escola de Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
como requisito à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.*

**Orientadora: Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti**

**PORTO ALEGRE, FEVEREIRO DE 2000**

**FICHA CATALOGRÁFICA**

**Kohlrausch, Eglê Rejane**

**K79i**

**A internação psiquiátrica hospitalar: desvelando os significados deste mundo vivido/ Eglê Rejane Kohlrausch; (Orient.) Maria da Graça Oliveira Crossetti – Porto Alegre, 2000.**

**106 P**

**Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - UFRGS, Esc. de Enfermagem.**

**1. Internação psiquiátrica hospitalar. – 2. Enfermagem. – 3. Percepção da clientela. – I. Crossetti, Maria da Graça Oliveira. – II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – III. Título.**

**Bibliotecária Lucia Vauthier Machado Nunes**  
**CRB 10-193**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti – Presidente / Orientadora**

---

**Dra. Maria da Graça Corso da Motta - Membro**

---

**Dr. Jacó Fernando Schneider - Membro**

---

**Dra. Anna Maria Hecker Luz – Membro**

## AGRADECIMENTOS

*À Professora Doutora Marta Júlia Lopes, Coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;*

*À Professora Doutora Ida Haunss de Freitas Xavier, Diretora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;*

*À Professora Mestre Gisela Maria Schebella Souto de Moura, ex-Chefe do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;*

*À Professora Doutora Maria Alice Dias da Silva Lima, Chefe do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;*

*Aos Colegas do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;*

*Aos Colegas das Disciplinas de Saúde Mental do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;*

*A todas as pessoas que, de uma forma ou outra, contribuíram para a realização deste estudo.*

## AGRADECIMENTOS

A Professora Doutora Maria Júlia Lopes, Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Letras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

ao Prof. Dr. Paulo Roberto de Souza, Diretor do Departamento de Letras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

ao Prof. Dr. Roberto de Souza, Coordenador do Departamento de Letras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

ao Prof. Dr. Roberto de Souza, Coordenador do Departamento de Letras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

*Dedico esta obra a todos aqueles  
que me ensinaram que viver  
é um descortinar de  
possibilidades,  
e que a busca da felicidade faz  
parte da natureza do homem.*

## AGRADECIMENTOS

*Às pessoas que participaram diretamente comigo na elaboração deste estudo:*

- *Professora Doutora Maria da Graça Oliveira Crossetti, Orientadora, pela humanidade, conhecimento e parceria;*
- *Professor Mestre Baltasar Renosi Lápiz e Professor Mestre Jorge Alberto Rodrigues, pela ajuda inestimável na revisão dos conceitos à luz da saúde mental e psiquiatria;*
- *Colegas do Mestrado, pela parceria e companheirismo;*
- *Professora Doutora Ana de Lourenzi Bonilha, pelo estímulo;*
- *Professora Doutora Beatriz Regina Lara dos Santos, por me ouvir e acompanhar ao longo desta trajetória;*
- *Professora Mestre Lisiane Girardi Paskulin, pela amizade e apoio;*
- *Acadêmico de Enfermagem Alex Vitelmo, pela colaboração;*
- *Bibliotecárias Leonor B. Geis e Lúcia Machado Nunes, pela disponibilidade;*
- *Enfermeiras e Técnicos de Enfermagem do 4º Norte, pelo acolhimento.*

## UM AGRADECIMENTO ESPECIAL

*Às pessoas que aceitaram ser sujeitos de minha pesquisa, sem os quais não poderia ter trilhado este caminho;*

*Aos amigos e amigas, pessoas que me acompanharam e deram colo durante a realização deste estudo;*

*Ao Damico, por ter me acompanhado em boa parte desta trajetória;*

*À Doutora Silvia Orgler, que me ajudou a ser uma pessoa melhor;*

*Aos meus pais, Alfredo e Dilvia, por me incentivarem na minha trajetória de estudar e ser curiosa;*

*Às experiências de vida que tive ao longo destes dois anos, pois certamente serviram para me deixar mais sensível;*

*A Deus, por possibilitar minha existência e me brindar com as oportunidades que venho tendo na vida.*

INTRODUÇÃO

1. A LUCURIA

2. O MUNDO

3. O ABSTRACTO

4. A RECONCILIAÇÃO

5. O MUNDO COMO UM JARDIM DE TERRELA

6. O MUNDO COMO UM JARDIM DE TERRELA

7. O MUNDO COMO UM JARDIM DE TERRELA

7.1. O mundo como um jardim de terrela

7.2. O mundo como um jardim de terrela

7.3. O mundo como um jardim de terrela

7.4. O mundo como um jardim de terrela

7.5. O mundo como um jardim de terrela

7.6. O mundo como um jardim de terrela

7.7. O mundo como um jardim de terrela

7.8. O mundo como um jardim de terrela

8. INTERPRETAÇÃO

9. HOSPITALAR

9.1. O mundo como um jardim de terrela

9.2. O mundo como um jardim de terrela

*“Se a loucura para o mundo moderno tem um sentido diferente daquele que a faz ser noite diante do dia da verdade; se, na parte mais secreta da linguagem que ela tem, o que está em jogo é a verdade do homem, uma verdade que lhe é anterior, que a constitui mas pode suprimi-la, esta verdade só se abre ao homem no desastre da loucura, e escapa-lhe desde os primeiros momentos de reconciliação. É apenas na noite da loucura que a luz é possível, luz que desaparece quando se apaga a sombra que ela dissipa.”*

(Foucault, 1978, p. 521)

## SUMÁRIO

## LISTA DE FIGURA

## RESUMO

## ABSTRACT

<b>1 APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 MEU CAMINHO EM DIREÇÃO AO TEMA .....</b>	<b>18</b>
<b>3 CONTEXTUALIZANDO O TEMA .....</b>	<b>32</b>
<b>4 BUSCANDO O CAMINHO METODOLÓGICO .....</b>	<b>41</b>
4.1 Tipo de estudo.....	42
4.2 Campo de estudo.....	45
4.3 Entrada no campo.....	46
4.4 Sujeitos do estudo .....	48
4.5 Coleta de materiais .....	48
4.6 Saída do Campo .....	50
4.7 A questão ética .....	50
4.8 Análise dos materiais .....	51
<b>5 INTERPRETANDO O MUNDO DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA HOSPITALAR.....</b>	<b>58</b>
5.1 O mundo vivido da internação psiquiátrica hospitalar.....	59
5.1.1 <i>Sentimentos</i> .....	59

5.1.2 Problemas e razões que levam à internação .....	64
5.2 Aprendendo com a internação.....	65
5.2.1 O homem como um ser de cuidado.....	66
5.2.2 Ambiente do cuidar.....	72
5.2.3 Estar-com a equipe .....	76
5.3 O presente projetando-se no futuro .....	78
5.3.1 Família .....	79
5.3.2 Possibilidades de realização.....	81
5.3.3 Expectativas e projetos .....	84
5.4 Refletindo o mundo do cuidar na internação psiquiátrica hospitalar.....	88
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>96</b>

## **ANEXOS**

O estudo tem como objetivo principal compreender a percepção dos profissionais de saúde mental sobre a internação psiquiátrica hospitalar. Para isso, foram realizadas entrevistas em profundidade com dez profissionais de saúde mental de um hospital psiquiátrico, com uma abordagem fenomenológica. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo de Bardin.

**Figura 1**

**Os significados da internação psiquiátrica hospitalar..... 87**

Os resultados do estudo apontam para a complexidade da experiência da internação psiquiátrica hospitalar. Os profissionais de saúde mental percebem a internação como um espaço de cuidado, mas também como um espaço de estigmatização. A internação é vista como uma medida necessária para o tratamento de pacientes com transtornos mentais graves, mas também como uma medida que pode ser evitada através de intervenções comunitárias e terapêuticas. Os profissionais de saúde mental acreditam que a internação hospitalar é uma medida que deve ser tomada com cuidado e que deve ser acompanhada de suporte psicossocial. A internação hospitalar é vista como uma medida que pode ser evitada através de intervenções comunitárias e terapêuticas. Os profissionais de saúde mental acreditam que a internação hospitalar é uma medida que deve ser tomada com cuidado e que deve ser acompanhada de suporte psicossocial.

## RESUMO

O estudo investiga a internação psiquiátrica hospitalar. Busca compreender o significado atribuído pelos clientes ao fato de necessitarem internar em uma instituição hospitalar. Constitui-se em um estudo qualitativo, com uma abordagem fenomenológica, que tem a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados. Para a interpretação utiliza a hermenêutica de Paul Ricoeur e uma leitura na perspectiva existencialista de Heidegger. O estudo se desenvolveu em uma unidade psiquiátrica de um hospital universitário e teve como sujeitos da pesquisa seis clientes, quatro mulheres e dois homens, internados em tratamento psiquiátrico hospitalar. Considerando existencialmente o significado da internação psiquiátrica hospitalar, desvela-se o que se dá nesse mundo estruturado, com regras próprias, onde o cliente é inserido, trazendo consigo vivências e experiências de seu mundo. Os temas que emergiram dos discursos dos sujeitos foram: *o mundo vivido da internação psiquiátrica hospitalar*, com os subtemas *sentimentos e problemas e razões que levam à internação*; *aprendendo com a internação*, com os subtemas *o homem como um ser de cuidado, ambiente do cuidar e estar-com a equipe*; *o presente projetando-se no futuro*, com os subtemas *família, possibilidades de realização, e expectativas e projetos*. Desvelando os significados da internação psiquiátrica hospitalar se oferecem possibilidades para que se possa continuar construindo conhecimento dentro da enfermagem, no sentido da valorização do cuidado humanizado. Esta é a compreensão que o estudo apresenta sobre o significado da internação psiquiátrica hospitalar para o cliente, na perspectiva existencialista de Heidegger.

## ABSTRACT

The study investigates the in-patient psychiatric treatment. It tries to understand the meaning given by the clients to the fact that they need to be in a hospital institution. It is a qualitative study, with a phenomenological approach, which used semi-structured interviews as a mean to collect data. To interpret it, Paul Ricoeur's hermeneutics is used as well as deep reading based on Heidegger's existentialist perspective. The study was developed on a psychiatric unit of a University Hospital and had as research subjects six clients, four women and two men, who were admitted for psychiatric treatment. Considering the meaning of a psychiatric hospital admission in an existentially way, it is unveiled what happens in this structured world, where the client is put in, bringing with him/her lived things and experiences of his/hers world. The themes that emerged from the subjects speeches were: *the lived world of the psychiatric hospital admission*, with the subthemes *feelings* and *problems and reasons that led to admission; learning with the admission*, with the subthemes *man as a being of care, care environment and be-with the team; the present projecting into the future*, with the subthemes *family, possibilities of realization and expectations and projects*. To unveil the meanings psychiatric hospital admission gives possibilities to continue constructing knowledge in Nursing, in a way to value humanized care. This is the comprehension that the study presents on the meaning of psychiatric hospital admission to the client, on Heidegger's existentialist perspective.

# 1 APRESENTAÇÃO

Meu desejo de apresentar esta dissertação de mestrado foi motivado pela vontade de compreender mais o que sente o cliente que passa por uma situação de grande desequilíbrio, onde existe uma ruptura com o mundo real e concreto. Nesse momento de vida, as fantasias e os fantasmas interiores passam a povoar sua realidade, e ingressar em uma unidade psiquiátrica se torna uma necessidade.

A impressão de não entender a real dimensão que essa indicação representava para alguns clientes, e o pouco entendimento que tinha daquela situação, sempre deixaram muitas dúvidas em mim, no exercício da enfermagem psiquiátrica e da docência em saúde mental.

Preocupada em cuidar e ensinar a cuidar, dentro da necessidade do ser cuidado, muitas vezes me sentia impotente para poder ajudá-los, já que me interrogava sobre como cuidar de forma humanizada se não compreendia o que realmente se passava no interior do cliente, em relação àquela experiência de internação psiquiátrica hospitalar<sup>1</sup>.

No entanto percebia que, apesar desse desejo de poder cuidar de forma humanizada, as estruturas hospitalares se organizam em seu processo de trabalho dentro do modelo assistencial clínico, atendendo ao cumprimento de rotinas impessoais e a determinações hierarquizadas, estando a enfermagem inserida nesse contexto, onde se estruturam as mais diferentes possibilidades de acontecer.

Quando tento relacionar o cuidar nesta realidade, fico me interrogando se conseguimos apreender o real significado que a internação psiquiátrica hospitalar tem para o cliente, no mundo do hospital, uma vez que entendo ser este um dos aspectos importantes na orientação das ações do cuidado humanizado.

---

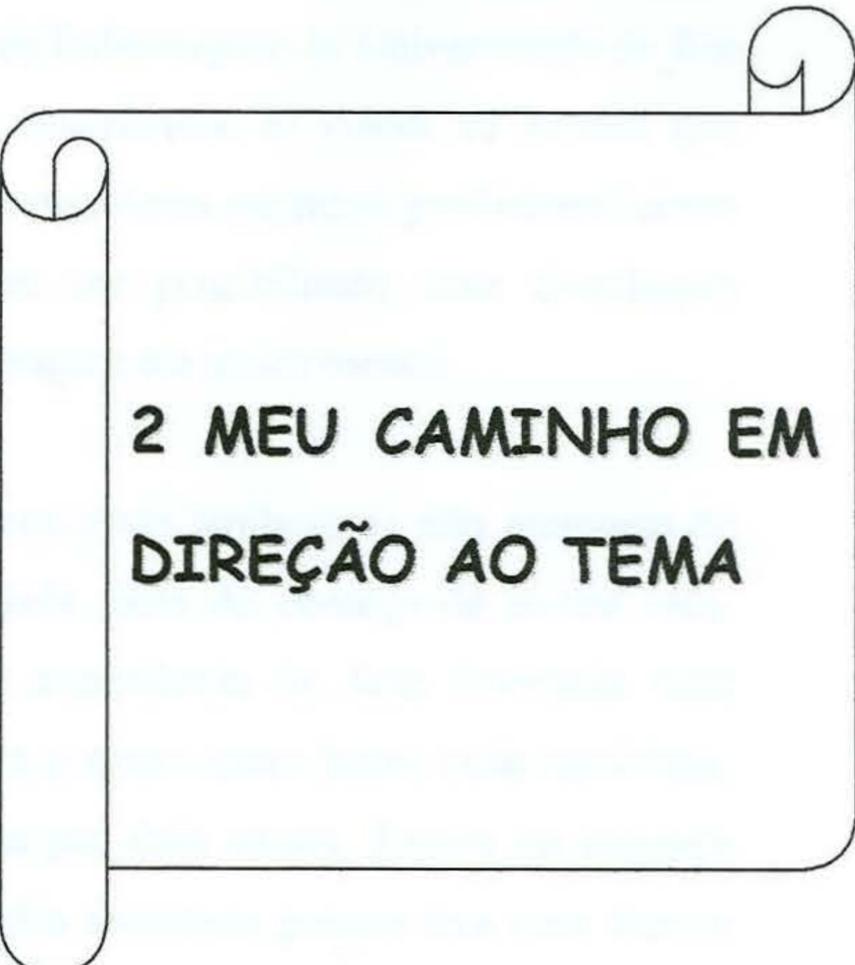
<sup>1</sup> Internação é o ato ou efeito de internar em uma instituição; hospitalizar é internar num hospital (Ferreira, 1975). Neste estudo, optei pela terminologia *internação psiquiátrica hospitalar* para definir o ato de internar-se num hospital, e diferenciar da internação psiquiátrica domiciliar.

A estrada que tenho trilhado para compreender essa realidade iniciou-se com minha trajetória de vida pessoal e profissional, e foi sendo solidificada com o amadurecimento que os anos vêm me presenteando.

Assim, na busca de respostas às minhas inquietações, decidi fazer este estudo, que foi desenvolvido numa abordagem qualitativa, em uma perspectiva fenomenológica, utilizando-me da hermenêutica de Ricoeur (1976) para interpretar o sentido dos discursos dos sujeitos.

Para descobrir o sentido dos discursos com vistas a alcançar os propósitos do estudo, procedi a análise estrutural e interpretação dos temas que emergiram dos mesmos na perspectiva existencialista heideggeriana, o que desvelou os significados atribuídos pelos cliente à internação psiquiátrica hospitalar. O exercício reflexivo destes significados levou-me a compreender este mundo vivido.

Pretendi, com essa abordagem norteada pela experiência do mundo vivido, compreender a experiência daqueles que vivenciam o fenômeno da internação psiquiátrica hospitalar, com a intenção de contribuir com elementos que estruturam o cuidar/cuidado, a partir dos significados que os clientes atribuem a este evento.



## 2 MEU CAMINHO EM DIREÇÃO AO TEMA

É importante que se aproveite um momento de reflexão para avaliar nossa participação em dado momento de nossa existência, ou ao longo de uma trajetória de vida. Aqui, pretendo evocar algumas memórias de vida, de minha formação profissional e fatos do meu trabalho, desvendando algumas questões que me parecem ser importantes em relação ao tema em estudo.

Despertar essas lembranças me faz mais feliz hoje, pois acredito que ao longo dos anos consegui estabelecer um nexos que me permitiu entender um pouco mais minhas posturas como enfermeira psiquiátrica e como docente das disciplinas de Enfermagem em Saúde Mental da Escola de Enfermagem da Universidade do Rio Grande do Sul. Certamente, em face dessa experiência, as visões de mundo que tenho como professora foram construídas ao longo dessa trajetória profissional como enfermeira assistencial. Creio que isto tem me possibilitado uma abordagem privilegiada no mundo da docência em enfermagem em saúde mental.

No entanto, num primeiro momento essas lembranças não emergem de minha vida profissional, e, sim, de minha vida, bem do começo de minha vida. Lembro-me que, aos oito anos passei pela experiência de ficar internada num hospital. Minha mãe me levava para a escola e nosso carro bateu num caminhão. Tive múltiplas fraturas e fiquei hospitalizada por dois meses. Estava na segunda série, perdi muitos dias de aula, e fiquei muito assustada porque tive uma fratura séria no membro inferior direito, e levei um bom tempo para me recuperar. Muitas foram as preocupações, fantasias e medos. Medo de não conseguir caminhar mais, de perder o ano escolar, de não ser mais como eu era antes. Fantasias de que eu não tivesse sido bem comportada, e por isso estava sendo castigada com esse período de limitações tão importantes.

Junto com esses fantasmas, existiam algumas situações que me apaziguavam: minhas coleguinhas da escola me visitavam todas juntas no hospital, enchendo o quarto, tão frio e impessoal, com o calor próprio do carinho e da

atenção; os profissionais que me cuidavam eram atenciosos e responsáveis; minha professora da escola me dando aulas de recuperação em casa, e eu conseguindo passar de ano; a dedicação dispensada por minha família em todo esse processo de tratamento e recuperação, sempre juntos, me incentivando em cada degrau atingido durante toda reabilitação. A impressão de ter sido desculpada pelas minhas traquinagens infantis. Graças a Deus, pude, aos poucos, retomar minha vida normal, minhas brincadeiras. Mas eu já não era mais a mesma criança despreocupada com os fatos da vida. Essa experiência por que passei me fez ficar atenta, desde cedo, para o potencial que cada um de nós tem para viver, e querer viver bem, e ficar mais sensível para o sofrimento dos outros. A forma como fui cuidada naquele momento de minha vida, seja pelos profissionais, pela família ou pelas amigas, me despertou um desejo grande de poder ser assim com os outros.

Acho que foi por isso que acabei cursando enfermagem. Provavelmente tenham outras razões que poderiam explicar minha escolha. Mas eu prefiro entender minha opção a partir dessa minha experiência de vida.

Lembro-me bem da época em que fiz a faculdade. As professoras me faziam crer que, com o conhecimento científico, seria capaz de modificar a vida dos clientes. A cultura, os valores pessoais, e as crenças daquelas pessoas, em geral, não eram consideradas durante o processo de aquisição de habilidades e conhecimentos necessários para atender. Eu, como futura enfermeira, aprendia que o saber estava no meu domínio; detinha esse saber, e era com ele que trabalharia em prol de meus clientes, como se a relação que se estabeleceria fosse ser unilateral.

Durante o curso de graduação, uma coisa que me marcou muito foi a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica. Quando fui apresentada ao mundo do hospício, fiquei horrorizada.

Era 1979. Os direitos do doente mental não eram discutidos nessa época. Meus professores eram muito competentes e humanos, mas a instituição hospitalar onde fiz meu estágio era um grande manicômio estadual, onde os doentes e os não

doentes ficavam internados em pavilhões enormes, com poucas roupas para respeitar sua intimidade física e abrigá-los do frio, com poucas pessoas para atendê-los, com pouco caso, por parte dos responsáveis por aquela instituição. Lembro até hoje dos odores que experimentei durante aquele período. Isso foi tão marcante, que durante aquele semestre não consegui comer carne, pois a cada vez que me alimentava, lembrava do cheiro que sentia naqueles corpos tão sofridos e maltratados. Pensava no conforto de minha casa, e evocava as imagens daquelas camas duras, com poucas cobertas, daquelas salas frias e sujas onde os clientes ficavam. Decididamente, eu pensava, naquela época, que não queria trabalhar com psiquiatria.

Parece-me que essa experiência traduz e reflete um pouco da contradição que se instalou em mim. Eu queria cuidar bem dos outros, e, naquelas condições isso me parecia impossível.

Durante as outras disciplinas do curso, continuei adquirindo habilidades e conhecimento para poder ser enfermeira. Mas nada se compara com aquela experiência, que deixou marcada em mim a preocupação com a dignidade e com a existência humana.

Ao terminar o curso de enfermagem fiz seleção para a Residência em Saúde Comunitária da Unidade Sanitária São José do Murialdo da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Parecia ser uma boa perspectiva de trabalho cuidar dos outros numa situação próxima a sua realidade de vida, vivenciando mais de perto o seu cotidiano, longe da internação hospitalar.

Foi durante esse período que me reaproximei da psiquiatria, pois dentro das atividades propostas no posto que eu trabalhava, havia o atendimento às “*nervosas*” da vila. Eram mulheres poliqueixosas, muitas delas usavam benzodiazepínicos<sup>2</sup>, e tinham uma vida muito sofrida. Por alguma razão me aproximei daquelas mulheres e iniciei um trabalho com elas, de forma individual. Eu tinha paciência para conversar com elas, escutar seus problemas, e percebia que elas

---

<sup>2</sup> Benzodiazepínico é um hipnótico, do tipo ansiolítico, indicado como terapêutica para portadores de transtorno de ansiedade e depressão (Graeff, 1989, p. 55-66).

saiam aliviadas das consultas que faziam comigo. Eu conseguia ajudá-las. Essas consultas eram supervisionadas pelo médico psiquiatra responsável pelos atendimentos em saúde mental na equipe em que eu trabalhava. Aos poucos ele foi me mostrando como eu tinha habilidade para aquele trabalho que estava fazendo, e iniciou um processo de estímulo para que me dedicasse mais para esse tipo de atendimento. Foi aí que eu me engajei no trabalho com os alcoolistas da vila. Era um atendimento em grupo. Tudo o que aprendia na teoria, exercitava no grupo com os clientes dependentes. Isso aprimorava meu trabalho. As coisas começaram a se interligar: o individual me ajudava a compreender o grupo, e o grupo me permitia trabalhar com o individual. Acho que foi nessa época que fortaleci, mais ainda, os pilares que alicerçam o meu ser profissional.

Penso que não importa se as realidades de vida são diferentes, o que é necessário é cuidar partindo das prioridades daqueles que estão envolvidos, respeitando-os como seres humanos, a partir de suas necessidades.

Tinha isso bem presente quando decidi fazer a Residência em Saúde Mental e Psiquiatria no Hospital Psiquiátrico São Pedro, um grande manicômio da cidade de Porto Alegre, órgão da Secretaria de Saúde do Estado, lugar onde eu tinha tido minhas primeiras experiências com a psiquiatria. Dentre as muitas dificuldades que encontrei, estava a capacitação do pessoal de enfermagem para trabalhar com o ser em sofrimento psíquico. Observava que os manejos<sup>3</sup> não eram adequados, que o pessoal de enfermagem precisava ser treinado em formas de abordar o cliente que fossem mais dignas para todos. E eu também estava em formação.

Depois de ganhar a confiança dos atendentes de enfermagem<sup>4</sup> e da enfermeira da unidade onde fazia a residência, numa das reuniões de enfermagem da unidade (que eram coordenadas pela enfermeira da unidade), eu perguntei como eles se sentiam capacitados para desenvolver suas atividades. Apareceu um mundo

---

<sup>3</sup> Manejo é um termo utilizado em psiquiatria para designar a forma como os profissionais abordam os clientes, de acordo com a natureza de seus sintomas.

<sup>4</sup> Termo utilizado para designar um ocupacional na enfermagem, extinto, a partir de 1996, por Portaria do Conselho Federal de Enfermagem.

encoberto. Foram trazidas várias dificuldades que eles sentiam e enfrentavam, apontando para uma necessidade de educação continuada e treinamento em serviço. Propus que os atendentes levantassem necessidades para que se pudesse realizar um programa de treinamento. Eu pensava que era necessário começar a melhorar as condições de atendimento de alguma forma, mesmo que modestamente, atingindo algumas pessoas. Dei-me conta que era importante que eu me sentisse contribuindo para humanizar o cuidado ao ser em sofrimento psíquico.

Aconteceu a Primeira Semana de Treinamento de Enfermagem da Unidade Mário Martins. O programa foi elaborado com base nas sugestões dos atendentes e com alguns tópicos sugeridos pela equipe técnica. Além dos conteúdos teóricos, era importante despertar durante o treinamento a necessidade de modificar atitudes, além de incentivar aqueles profissionais tão desvalorizados. Todos os turnos (manhã, tarde e noite) participaram do treinamento, negociando por folgas o horário excedente, e com o fornecimento de certificados, que melhorariam sua ficha funcional. A participação não foi de cem por cento, nem se consegue modificar atitudes de uma hora para outra. Mas a forma como foi estruturado, animou o pessoal e ajudou no seu contato com o ser em sofrimento psíquico, permitindo humanizar um pouco mais, na minha percepção, um trabalho tão difícil, numa realidade carente, como era naquele hospital.

Esses fatos me fazem pensar que venho num processo de desenvolvimento do conhecimento e de minha postura profissional, além do reconhecimento cada vez maior do outro em seu referencial, ou seja, em sua cultura, em seus valores, e em seu saber.

Esse processo foi se delineando um pouco mais, em 1986, durante o Curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A convivência com colegas de outros estados, com experiência e inquietações semelhantes às minhas, e a oportunidade de reencontrar os professores que foram meus mestres na graduação, me fizeram ver

que eu estava no caminho certo: a preocupação com como cuidar clientes com sofrimento psíquico não era só minha, eu tinha pares nesse percurso.

Foi nessa época que surgiu um concurso para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Era uma oportunidade de entrar para o Serviço de Enfermagem Médica, ao qual ficava vinculada a Unidade de Internação Psiquiátrica, que não tinha vaga para enfermeira, mas que me permitiria ficar na lista de espera para uma transferência no futuro. Iniciei trabalhando em uma unidade de internação clínica, à noite. Lembro que havia um cliente, que vou chamar de João, internado por ter pé diabético. Ele tinha prescrição de um curativo no pé três vezes por dia, que precisava ser feito pela enfermeira. Quando se trabalha de noite, muitos procedimentos a serem executados ficam concentrados nas primeiras horas, pois os clientes dormem logo no começo do turno. Pelo fato de passar nos quartos várias vezes à noite, descobri que João tinha insônia intermediária, acordava pelas duas da manhã e só dormia novamente em torno de quatro horas. Comecei a me organizar para fazer seu curativo nesse horário, pois eu tinha mais tempo para ficar com ele, e conversar, seja sobre a forma como vinha cuidando de sua saúde, seja sobre o que ele tivesse vontade. As auxiliares de enfermagem que trabalhavam comigo me perguntaram sobre a troca do horário do procedimento (ele era prescrito para o turno da noite, não tinha hora determinada); expliquei, fundamentando em aproveitar a insônia para estar com João, adequando o cuidado ao seu ritmo biológico. E assim fiz, por muitas noites. Um dia, a chefe de unidade veio me questionar sobre o horário em que eu estava fazendo o curativo de João. Confesso que me surpreendi com isto, pois não esperava que minha conduta em relação ao horário do procedimento precisasse ser explicada, nem entendia como um fato tão simples tivesse chegado ao conhecimento dela. Mesmo assim, expliquei, de forma detalhada, meus fundamentos para esse cuidado. Ouvi uma advertência: as outras colegas do noturno tinham reclamado que João não queria mais fazer o curativo cedo, e de forma apressada, o que lhe causava mais dor, e não dava tempo para ele conversar com as enfermeiras e aprender um pouco mais com elas. Ele gostava de dormir no começo da noite, e ficava mais tranquilo tendo alguém para conversar na hora de sua insônia. No entanto, segundo a chefe de unidade, de madrugada não era horário de fazer curativo, e isso estava causando

transtorno para as outras colegas, e um problema administrativo para ela. E por acreditar que para cuidar é necessário flexibilidade, e não só me ater às rotinas, recebi uma advertência verbal.

Esse exemplo mostra como, na enfermagem, muitas profissionais ficam apegadas à execução da rotina, e deixam de aproveitar momentos que poderiam se transformar em situações de real cuidado. Penso nisso, pois me parece que existe uma distorção do papel da enfermeira que trabalha em internação, pois muitas vezes ela parece estar a serviço apenas do cumprimento das normas, não colocando o cliente como foco de sua prática profissional.

Felizmente, logo surgiu uma vaga na unidade psiquiátrica. As experiências que tive na internação psiquiátrica do Hospital de Clínicas, a partir de 1987, foram mais gratificantes. Eu não me sentia tão *estranha no ninho*<sup>5</sup>. Talvez pela formação oportunizada no curso de especialização em enfermagem psiquiátrica, ou pelo fato de trabalhar com a subjetividade, flexibilizar um pouco mais o planejamento do cuidar parece ser mais presente no cotidiano profissional. Também é comum estar mais próxima da equipe de enfermagem, auxiliando nas necessidades de abordagem à clientela, sendo modelar e descobrindo formas próprias de cada um aproximar-se do cliente, além de, junto aos auxiliares e técnicos de enfermagem, identificar suas necessidades de aprimoramento profissional, para que trabalhem melhor e mais satisfeitos, e realizem um cuidado mais adequado.

Mesmo assim, num local mais preocupado em cuidar de uma forma mais individualizada e personalizada, eu me questionava se conseguíamos entender nosso cliente nesse momento de vida tão singular, enquanto estava internado. Sempre me questionava sobre qual era o entendimento que o cliente tinha a respeito de sua internação psiquiátrica hospitalar.

---

<sup>5</sup> Utilizo-me dessa expressão, parafraseando o filme *Um estranho no ninho*, que trata de um sujeito internado num hospício, que tem uma visão diferente daquela de seus pares.

Existia em mim uma constante preocupação em relação à forma como recebíamos e cuidávamos desse cliente, atitude que tentava passar para a equipe com a qual trabalhava. Acho que essa preocupação me acompanha desde minha hospitalização na infância, pois ainda eram bem presentes para mim os medos e as angústias que sentia por não saber quais perspectivas e possibilidades teria após sair do hospital.

Por isso, de uma forma assistemática, nos momentos em que estava com os clientes na internação, perguntava como se sentiam entendidos e/ou cuidados. Muitas vezes as respostas eram surpreendentes, pois apesar de todo esforço que fazíamos para bem cuidar, não conseguíamos chegar afetivamente perto de alguns deles, que se diziam não compreendidos em seus sentimentos de desagrado, medo e incerteza em relação ao fato de estarem internados em um hospital.

Esse questionamento vem se intensificando dentro de mim à medida que aumenta minha compreensão sobre o sofrimento psíquico, uma situação de saúde e um problema social relevante, e suas possíveis repercussões para a vida dos clientes, os principais envolvidos na situação.

Acredito que ao longo dos séculos, os loucos, aqueles que hoje dizemos que padecem de sofrimento psíquico, tiveram seu papel e o entendimento de seu problema modificados, desde as naus e confinamentos em correntes, até os muros e portas abertas. A loucura passou do mundo externo e fantasioso da imaginação dos artistas e de seres possuídos pelo demônio para uma visão de doença, tratamento e cuidado. Com isso, vejo que

*“[...] a loucura não está mais à espreita do homem pelos quatro cantos do mundo. Ela se insinua nele, ou melhor, é ela um sutil relacionamento que o homem mantém consigo mesmo [...]”*

(Foucault, 1978, p. 24)

No entanto, existia uma questão que me parecia, ainda, necessitar ser estudada. O significado que os clientes têm em relação a sua internação psiquiátrica hospitalar é um tema que penso ser pouco explorado.

O cuidado de enfermagem a ser desenvolvido nessa situação precisa levar em conta esse olhar, para que possa ser realmente eficiente e humanizado. Planejar o cuidado de enfermagem dentro dessa perspectiva pode proporcionar uma melhor abordagem dos clientes internados nos hospitais, tornando mais humano esse momento e aproximando a equipe de enfermagem do indivíduo a ser cuidado.

Nessa direção, pude aprofundar um pouco mais essas minhas convicções, a partir de 1991, quando saí da internação psiquiátrica e fui para o ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde cuidei de clientes com sofrimento psíquico em consulta de enfermagem psiquiátrica e em grupos de tratamento.

Quanto mais apropriados do conhecimento de seus problemas de saúde, mais os clientes podiam desempenhar sua tarefa no tratamento. Essa experiência me mostrou que o cliente que tinha a oportunidade de aprender, juntamente com sua família, aspectos relacionados ao conhecimento científico, associando ao seu conhecimento pessoal, era um cliente que tendia a ser bem mais sucedido no seu tratamento. Essa possibilidade de aprender só podia ser considerada a partir de uma perspectiva de trabalho em equipe junto com o cliente e os familiares, numa forma de planejamento de cuidar mais participativo, respeitando as características e a diversidade da clientela. Isso fazia com que a equipe aprimorasse sua maneira de cuidar, estabelecendo um processo de relação interpessoal que permitia a compreensão do problema do cliente.

No entanto, mesmo com essa abordagem, quando a situação de desequilíbrio interno era muito grande, a ruptura estava iminente ou já havia acontecido, e a internação hospitalar era necessária, criava-se um momento, em geral, muito difícil. Muitas vezes, tive a impressão que não compreender a real

dimensão do que aquela indicação representava para algumas pessoas, o que dificultava o meu entendimento daquela situação.

Essas observações reforçam minha visão de que a saúde e a doença são impregnadas de valores pessoais, crenças, visão de mundo e padrões de como viver. A situação vivenciada por cada um relaciona-se a respostas subjetivas quanto ao significado que tem para a pessoa o contexto de saúde e doença, formando a totalidade daquele momento existencial.

Nesse sentido, a relação entre a doença e a pessoa depende da natureza da doença, do estágio de vida, da capacidade de adaptação e percepção da situação, de suas crenças sobre a doença, bem como de variáveis do contexto social, político e econômico.

Penso que, do ponto de vista dos clientes, a necessidade de ser cuidado por uma equipe especializada pode ser vivenciada de acordo com essas características individuais. E, para a enfermagem, o cuidado a ser prestado centraliza-se nas interações terapêuticas com pessoas ou grupos de pessoas. As manifestações de doenças vão formar sintomas, que, agrupados em síndromes identificadas pelas enfermeiras<sup>6</sup>, as levarão a realizar o planejamento do cuidado que irão desenvolver com os clientes ou grupos.

Na minha área de trabalho, em especial, o planejamento dos cuidados considera, além das informações técnicas e epidemiológicas a respeito do problema em questão, a atitude do cliente em relação a sua condição de saúde. A compreensão que o cliente tem a respeito do momento de vida que está enfrentando é primordial para que as ações de cuidado possam atingir os objetivos propostos.

No entanto, observo que existem poucas informações na literatura a respeito da percepção que o cliente portador de sofrimento psíquico tem sobre o seu problema. Existem muitos estudos sobre síndromes, diagnósticos e tratamentos. No

---

<sup>6</sup> Neste estudo, vou me referir aos profissionais no feminino, pelo fato das mulheres representarem o maior número de profissionais na área de enfermagem.

entanto, penso que poucas são as publicações sobre a compreensão do homem a respeito de seu próprio problema.

Foi por estar imersa nessas questões que, em 1994, me integrei, com muita vontade e prazer, a um grupo que estava sendo formado por algumas enfermeiras do ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, coordenado por uma docente da Escola de Enfermagem, que trabalha com fenomenologia, buscando desvelar percepções da clientela em relação a situações de atendimento, de ensino-aprendizagem, de situações de cuidar e não cuidar. A semente plantada nesse grupo de pesquisa cresceu forte em mim. Parecia ser uma estrada que eu havia escolhido, e que era muito necessária.

E, seguindo nesse desejo de buscar elucidar e compreender o sentido pelos clientes com que trabalho, decidi me candidatar para o mestrado, em 1997. Quando fui aprovada, e no início das primeiras disciplinas, tinha bem claro o tema de meu estudo, a internação psiquiátrica hospitalar, que penso ser um momento decisivo na existência dos seres humanos. Esta temática precisaria, de alguma forma, estar relacionada com o cuidado que é prestado durante esse momento de vida, já que esse é um dos pressupostos que vem norteando meu trabalho há muito tempo.

Como acredito que um dos focos da prática profissional de excelência seja prestar um cuidado adequado, que compreenda como o cliente vivencia a experiência de ser cuidado, tanto em nível ambulatorial, como em internação hospitalar, preocupo-me com as repercussões desse evento em sua qualidade de vida, ou seja, como vai experienciar esse momento vivido.

No entanto, percebo que parece haver uma dicotomia entre a abordagem adotada pelo sistema de saúde e os problemas vivenciados pelos clientes. Os hospitais estão planejados para seguir uma rotina de procedimentos em suas unidades de internação, as equipes estão treinadas para seguir essas normas, e o cliente é inserido nesse mundo.

Pelo fato da equipe de enfermagem estar dentro desse contexto de regras de funcionamento, o planejamento de suas ações está mais direcionada para atender às rotinas de funcionamento do que para cuidar da individualidade que cada um traz, e a forma como esse vivencia a internação.

Observo que as vivências que o cliente tem a respeito de sua internação, assim como seu entendimento desse evento, parece que pouco tem servido para direcionar as abordagens na enfermagem.

É pensando nessas observações e reflexões construídas ao longo de minha trajetória profissional, tanto em relação às vivências dos clientes em relação à internação psiquiátrica hospitalar, quanto à organização das instituições e equipes de enfermagem, que surgiu em mim o desejo de investigar *“qual é o significado que tem a internação psiquiátrica hospitalar para o cliente?”*.

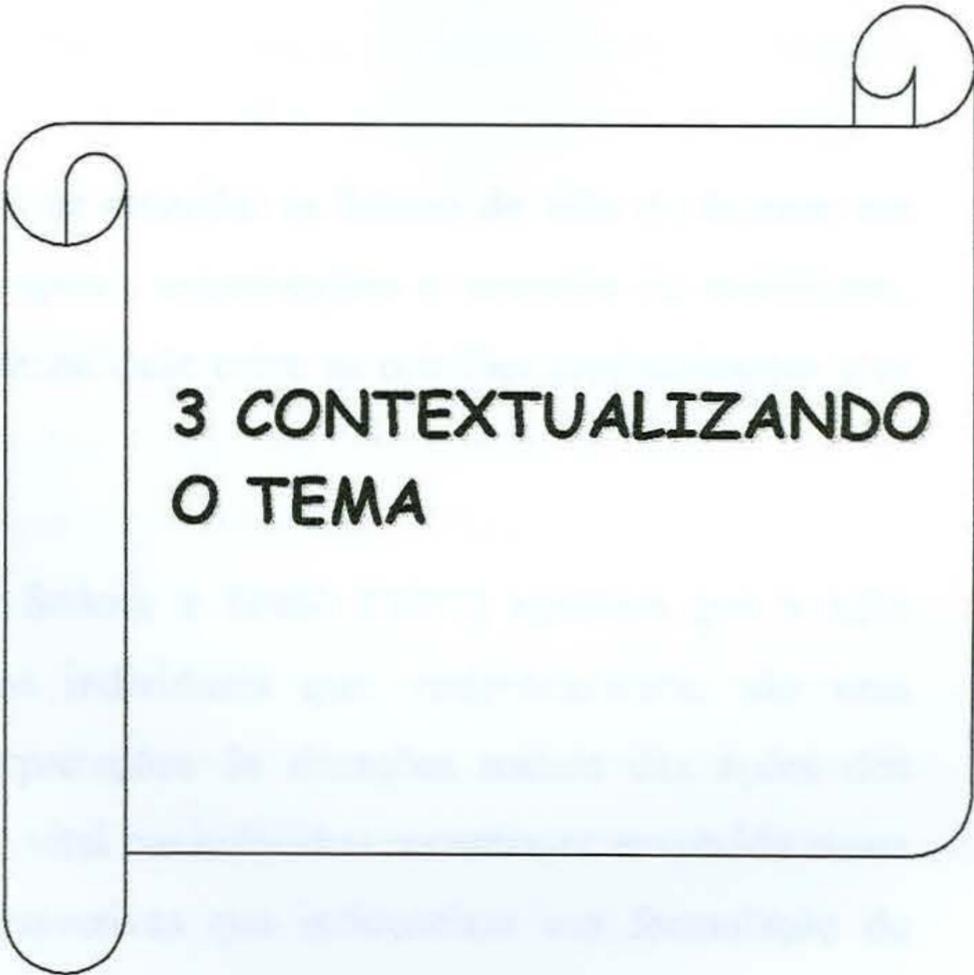
Minha intenção foi compreender este fenômeno. Para alcançar este objetivo, era necessário que eu entendesse quais são os sentimentos vivenciados com a internação psiquiátrica hospitalar e qual a repercussão que esse evento tem na vida do cliente.

Com esta descoberta, pretendo contribuir, junto à equipe de enfermagem que trabalha em internação psiquiátrica e os alunos das disciplinas de Enfermagem em Saúde Mental, para a construção de abordagens mais integradoras entre o conhecimento científico, as exigências institucionais e as vivências dos clientes, destacando a importância do cuidado humanizado. Com isto, quem sabe, possam ser possibilitadas oportunidades para o crescimento pessoal e profissional para aqueles que fazem o cuidar acontecer na enfermagem e aqueles que estão aprendendo a cuidar.

Esse foi o meu percurso para chegar até aqui, com algumas certezas, mas plena de dúvidas e inquietações. Certamente, isto me possibilitou percorrer e construir o estudo que foi desenvolvido, na busca de encontrar algumas respostas que

me ajudassem a desvelar a essência desse fenômeno, a internação psiquiátrica hospitalar.

3 CONTEXTUALIZANDO  
O TEMA



### **3 CONTEXTUALIZANDO O TEMA**

Busca-se, neste capítulo, apresentar algumas concepções sobre o homem, a doença mental ou sofrimento psíquico, relacionando-as com o cotidiano do cuidar no mundo do hospital.

Sabe-se que foi a partir do século XIX que o homem começou a ser compreendido como um ser biológico adaptado a seu meio.

Para Pichon-Rivière (1986) foi com essa nova visão que o homem passou a ser estudado não somente de forma individual e única, mas interagindo com outros indivíduos, formando grupos e vivendo em comunidade. Para continuar interpretando o homem dessa forma, foi preciso conhecer o seu mais alto nível de atuação, o psíquico, e apreendê-lo em sua integral e individual qualidade biológica, psicológica e social.

Para esse autor, na busca de entender as formas de vida do homem em grupo e os processos pelos quais grupos e organizações se mantêm ou modificam, deve-se adotar uma medida de imparcialidade entre as opiniões predominantes e as interpretações da vida quotidiana.

Nessa direção, Kaplan, Sadock e Grebb (1997) apontam que a ação coletiva requer associação de atos individuais que, reciprocamente, são uma consequência de definições e interpretações de situações sociais das ações dos outros. Em qualquer estágio do ciclo vital um indivíduo encontra-se envolvido numa estrutura de relacionamentos e perspectivas que influenciam sua formulação de objetivos e auto-imagem.

Dizem, ainda, que as relações de produção dominantes não só impõem as leis de funcionamento às outras relações de produção que lhes são subordinadas, como também determinam o caráter geral da superestrutura da sociedade em questão.

Pichon-Rivière (1986), concordando com essa linha de pensamento, coloca que a inserção em grupos sociais tem sido diferentemente formulada em termos de poder econômico, prestígio social, identificação política e padrões de associação. Nos vários grupos, mesmo que a desigualdade econômica seja mínima, os estilos de vida, as aspirações e, até certo ponto, a cognição e os mecanismos de defesa e luta da personalidade tendem a diferir.

Além disto, a cultura dominante determina os valores, ideais e expectativas que orientam as práticas culturais e as relações sociais. Neste sentido, as definições de saúde e doença mental são, em grande parte, ditadas pela cultura. Elas variam entre os grupos culturais ao longo do tempo e dentro de uma mesma cultura. As normas culturais também influenciam fortemente os tipos de tratamentos psiquiátricos que prevalecem em uma determinada sociedade (Kaplan; Sadock; Grebb, 1997).

Para estes autores, as tensões da vida urbana moderna têm sido invocadas como explicação para uma incidência cada vez mais alta de doença mental por mais de um século. A atenção específica está atualmente focalizada no relacionamento entre os estresses da vida e as doenças, para determinar a razão que leva pessoas a procurar o sistema de cuidados em saúde mental.

Enfatizam que acontecimentos externos têm mais probabilidade de dominar as capacidades adaptativas da pessoa se forem inesperados e agrupados, ou seja, se vierem em curto espaço de tempo, ou se a tensão for crônica e contínua, e a perda implique em ajustamentos simultâneos que extenuem o poder de recuperação do indivíduo. Também as mudanças vitais provocam situações de desequilíbrio, e ainda, existem algumas sugestões de que períodos de transição política e cultural aumentem a vulnerabilidade individual para tensões vitais.

Para esses autores a doença mental é um problema social maior, epidemiologicamente comprovado. O estudo do comportamento mentalmente perturbado tem sido uma importante área de investigação e análise em disciplinas como a sociologia, antropologia, medicina, enfermagem, seja do ponto de vista da natureza coletiva, sob o aspecto do grupo e processos sociais que repercutem na população e no seu estado mental, seja no que se refere às inter-relações entre as combinações de neurotransmissores e o mundo interno das pessoas.

Dentro de sua abordagem, a doença mental tem causas biológicas, psicológicas e sociais, e para que a doença se manifeste, estes diversos fatores podem interagir conjuntamente.

Em geral, os indivíduos demonstram capacidade para se ajustar às mudanças de vida se possuem mecanismos de defesa maduros, e se conseguem usar recursos tais como altruísmo, humor e capacidade para adaptação. Flexibilidade, confiança, vínculos familiares fortes, emprego regular, salário adequado e satisfação no trabalho, um padrão de lazer e participação social regular, vinculação com objetos realistas, em resumo, uma vida satisfatória, criam elasticidade para a pessoa lidar com as mudanças na vida.

A situação de crise acontece quando a desintegração abrange o plano individual, acompanhando situações de mudança. As crises trazem ansiedade, pois colocam em xeque o desenvolvimento pessoal. Através de um movimento de transformar as coisas em si em coisas para si, o homem vai modificando o mundo e, por vezes, tendo sentimentos de insegurança e perda de seu grupo social, levando-o a procurar auxílio (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997).

Muitas vezes, o agravo à saúde mental é vivido de forma tão intensa que a única saída é a internação hospitalar, para que o indivíduo possa ser protegido de outras conseqüências mais sérias, como os riscos que algumas doenças mentais podem apresentar (Taylor, 1992).

Esta autora salienta o fato de que nem sempre o homem se adapta sem sofrimento ou sem luta. Perceber a necessidade de ser cuidado por outras pessoas fora de sua família, o fato de ter que entrar em uma instituição de saúde e ficar afastado de seu meio, faz com que decidir tratar-se, e mais do que isso, internar-se num hospital, seja um momento único na vida das pessoas.

Nesse sentido, Talento (1993), abordando o cuidado transpessoal de Watson, trata o ser humano como uma pessoa valorizada em si e de si, a ser atendida, respeitada, zelada e auxiliada. Isso denota uma visão filosófica de uma pessoa como um self totalmente integrado e funcional. O homem é encarado como maior do que a soma de suas partes e diferente dela. Nessa forma de cuidar, a saúde é mais do que ausência de doença, é uma experiência subjetiva, relacionada à unidade e harmonia da mente, corpo e espírito, e está associada ao grau de congruência entre o self percebido e o self experienciado.

Por isso, a enfermeira deve priorizar o cliente, e não a tecnologia, no centro da prática, já que a enfermagem é um processo humanístico interpessoal, que envolve comunicação verbal e não verbal e exploração mútua dos sentimentos e percepções (Waldow, Lopes e Meyer, 1995).

Para Benner e Wrubel (1989) uma vez que uma pessoa é definida como doente, tem suas respostas emocionais influenciadas pelo processo da doença. Assim, separar a causa da influência física e psicológica proporciona identificar termos relacionais que indicariam a influência mútua do significado cultural, pessoal e psicológico. Além disto, um doente torna-se paciente, um paciente, um indivíduo carregando um peso de stress, dor ou ansiedade, onde a pessoa é ferida de várias maneiras. A psique ou o espírito é interposto como um entendimento entre o ser e o corpo.

A existência da doença é vivida como um assalto ao contexto pessoal e a necessidade de resgatar o que a doença interrompeu, força a uma mudança

existencial. É a percepção da mudança nos estados existenciais que constitui a experiência central da doença: a percepção do dano e a necessidade de readquirir novamente a sensação do todo ao ser curado ou cuidado.

Em consonância com essa idéia, Taylor (1992) coloca que cada pessoa está engajada em uma luta contínua para satisfazer suas necessidades. Se a interferência na satisfação for bastante grave, como no caso da necessidade de internação psiquiátrica, que muitas vezes é prolongada, o indivíduo pode sentir-se privado, e esta experiência é vivida como uma representação de ameaça à sobrevivência e à segurança. Sentir-se privado de sua capacidade de cuidar de si mesmo, é uma ferida narcísica que retira do indivíduo, mesmo que temporariamente, suas costumeiras fontes de prazer, como o lar, a família, o trabalho, e sua responsabilidade pelo seu próprio caminhar.

Por esta razão, o cuidado a ser desenvolvido não pode ser prescritivo, não existem regras a seguir; precisa ser vivenciado e sentido. É um mundo a ser descoberto pelos envolvidos (Waldow, 1998), cuidador e ser cuidado.

Concordando com a idéia de cuidar como um projeto individualizado e único, Lima (1998) nos diz que

*“A produção de cuidados se dá em torno de um projeto intelectual, que é o projeto terapêutico, que guia todo o processo e em torno do qual se conformam saberes e práticas para satisfazerem as necessidades dos homens na preservação da vida.” (p.105)*

Partindo dessa reflexão, encontra-se ressonância dessas idéias em Rollo (1997) que salienta a necessidade de fazer uma integração do trabalho da equipe de saúde pode qualificar o atendimento, pois desfragmenta o ato de cuidar do paciente, tornando o cuidado compartilhado, denotando um compromisso que possibilita organizar um trabalho coletivo.

No entanto, no mundo do cuidar na enfermagem hospitalar, inserido no modelo assistencial clínico, a enfermeira, em geral, desempenha funções rotineiras sistematicamente, baseando o seu plano de cuidados a partir do diagnóstico e da prescrição médica. Com isto, a enfermagem, nesse modelo, aparece realizando suas atividades e sendo um instrumento do trabalho médico, pois o processo de cuidar atende à finalidade do trabalho médico (Castellanos *et al.*, 1989).

Geralmente, também assume uma série de tarefas administrativas, que teoricamente serviriam para administrar o cuidado de enfermagem, mas que na prática implicam em administração de uma unidade e equipe, dentro da visão biomédica de assistência.

Nessa visão, o ato de cuidar, apresentado por Leininger (1981) como um verbo que define ações de assistir, ajudar ou facilitar indivíduos, com o objetivo de melhorar a condição humana, pressuposto básico da enfermagem, na ótica de alguns autores (Leininger, 1981; Crossetti, 1997; Waldow, 1998; Waldow *et al.*, 1995; Nunes, 1995; Watson, 1988), parece não ser prioritário, e as atividades que a enfermeira poderia desenvolver com a clientela passam a ser secundárias.

Essa constatação pode encontrar uma resposta em Castellanos *et al.* (1989) que mostram no ato de administrar a enfermeira tem possibilidades de autonomia, presentes na autoridade e no poder decisório no que diz respeito à organização do trabalho da enfermagem, escapando, assim, da subordinação ao trabalho médico, mas mantendo a divisão técnica e social do trabalho em saúde.

Dessa forma, se vê a enfermagem inserida nesse modelo que perpetua a divisão do trabalho no mundo hospitalar. Essa idéia encontra respaldo em Gonçalves (1979). Para este autor a organização do trabalho em saúde e de enfermagem é um recurso tecnológico de grande valor para a possível mudança dos modelos assistenciais. O exercício da enfermagem deveria ultrapassar o uso de técnicas como símbolo de aplicação da ciência, dando uma falsa cientificidade à prática. Outra questão importante, salientada por ele, é o abandono da doença como instrumento de

trabalho e a adoção da saúde como objeto de atenção, além do fato da enfermagem ser produtora de saber enquanto executora de seu próprio trabalho, mesmo que essa afirmação ainda seja pouco reconhecida dentro da profissão.

Nessa direção, Lopes (1995) enfatiza que a enfermagem tem a possibilidade de recolocar o paciente no centro das ações, no sentido de repensar o cuidado, tornando-o articulado e integral.

Essa idéia tem respaldo em Campos (1994), que aponta para a necessidade do reforço do vínculo dos profissionais da equipe de saúde com o cliente, havendo uma transformação na prática de cuidar. O cliente passa a assumir a condição de sujeito que fala, deseja e julga, ou seja, se tornaria agente de seu próprio processo. Assim a equipe de saúde adota uma postura onde a valorização da fala e da escuta assume uma forma de intervenção terapêutica, havendo a possibilidade do resgate da eficácia e qualidade nas ações clínicas através da melhora da comunicação entre equipe e clientes, contemplando o ser doente na sua singularidade: valorização do sofrimento físico e emocional do processo de adoecer.

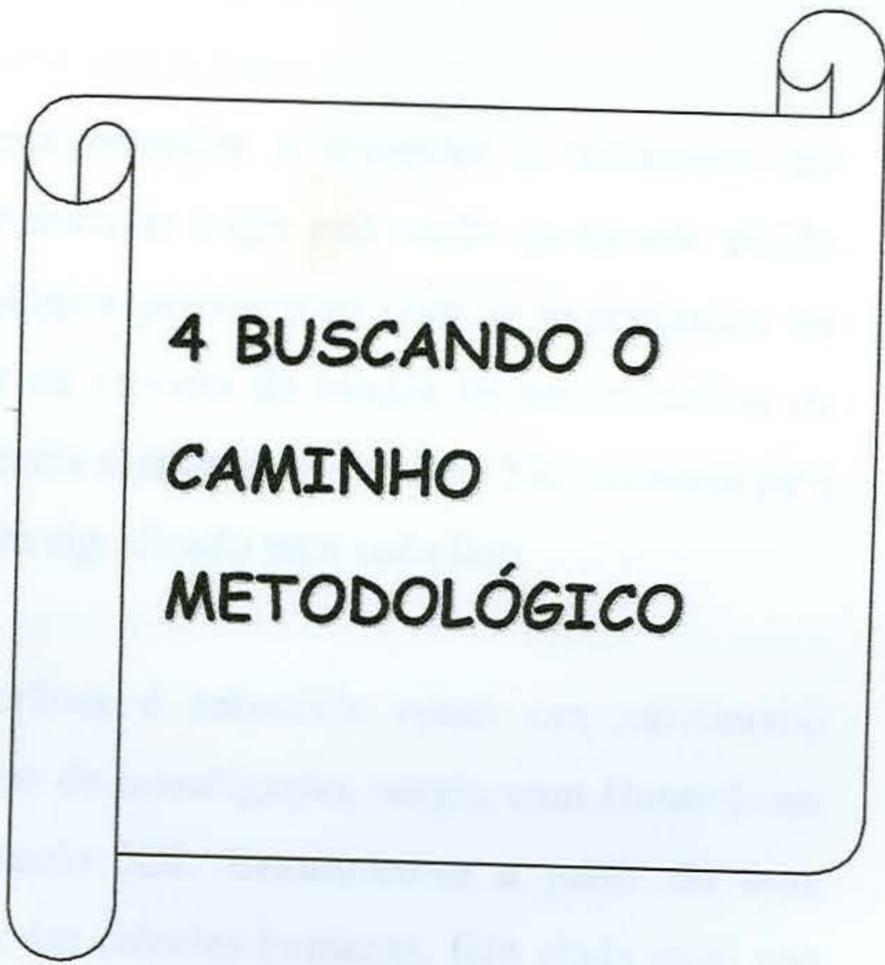
O autor enfatiza, ainda, a importância de vínculo de acolhida, que significa uma necessidade da equipe de saúde responsabilizar-se por todos os problemas de saúde, resultando no cuidado integral da saúde coletiva e individual. Para tanto, é necessário plasticidade de parte da equipe de saúde, o que significa sua capacidade de mudança, adaptação de técnicas e múltiplas combinações de tarefas e atividades, em prol de dar conta dos mais variados problemas de saúde, dos problemas com recursos, e da interface da saúde com os aspectos socioculturais e econômicos.

Além disso, Rollo (1997) também acrescenta o fato de que existe a necessidade do reconhecimento da subjetividade dos profissionais e clientes. Isso significa que tanto os clientes como os profissionais necessitam ser percebidos como seres singulares, diversos em seu crescimento, inseridos no mundo e com seus referenciais.

Esta abordagem de cuidado interativo, que leva em conta o cliente e o cuidador, encontra fundamentação em Talento (1993), que ao estudar a Teoria Transpessoal de Watson coloca o cuidado como um fenômeno social que vai ser efetivo se for praticado de forma interpessoal, pois os seres humanos se articulam em processos interativos, experienciam conflitos, crises e doenças e têm necessidades que podem ser comuns. Nesse referencial, a relação é baseada no respeito, na compreensão e na preocupação.

Nesse sentido, a contextualização do fenômeno em estudo traz à luz o complexo mundo que é pano de fundo para a internação psiquiátrica hospitalar.





## **4 BUSCANDO O CAMINHO METODOLÓGICO**

Neste momento se explicita o caminho percorrido para o estudo, que buscou desvelar os significados do mundo vivido da internação psiquiátrica hospitalar, sob o olhar daquele que passa por essa experiência de vida, o cliente. Na leitura deste olhar procura-se fazer sua compreensão na perspectiva existencialista heideggeriana.

#### **4.1 Tipo de estudo**

O caminho escolhido para descortinar o significado que a internação psiquiátrica hospitalar tem para o cliente foi a pesquisa qualitativa, com uma abordagem fenomenológica, utilizando-se a análise hermenêutica de Ricoeur (1976) e a perspectiva existencialista de Heidegger (1993) para a interpretação e compreensão dos discursos.

A pesquisa qualitativa busca entender e aprender o fenômeno em profundidade e complexidade, e permite desvelar o que está oculto no mundo vivido pelos sujeitos. A abordagem fenomenológica preocupa-se com as experiências no mundo e dos outros. Direciona o saber na procura de modos de ser, maneiras de vivenciar, fazendo com que cada experiência seja única e singular. Não se restringe à mera descrição, mas procura encontrar um significado para cada fato.

A fenomenologia contemporânea é entendida como um movimento originário da filosofia, que, como método de investigação, surgiu com Husserl no final do século XIX e começo do século XX. Estruturou-se a partir de uma necessidade de resolver as insuficiências das ciências humanas, fato ainda atual nos dias de hoje. Seu principal objetivo é a investigação do vivido enquanto tal, descrevendo os fenômenos como são experienciados, livres de conceitos e

teorizações. Preocupa-se com a essência do fenômeno, entendendo este como algo que surge para uma consciência, como resultado de uma interrogação (Castro, 1990).

Neste sentido, Van Manen (1990) diz que a fenomenologia nos orienta através de alguns temas: estuda a experiência vivida; busca compreender o fenômeno, como ele se apresenta à consciência; estuda as essências; descreve os significados, como nós os vivemos; é o estudo científico do fenômeno humano; é uma prática atenta de cuidado; procura o que é significativo para o ser humano; é uma atividade poética, pois parte do cotidiano para descrever os significados dos que vivem a experiência.

Para esse autor, a característica básica da pesquisa fenomenológica é o fato dela ter início no mundo vivido, partindo de questionamentos sobre a forma de viver no mundo. Por isto, considera a consciência como o único acesso que os seres humanos têm com o mundo, pois ser consciente é ser, de alguma forma, consciente de algum aspecto do mundo. Encoraja, então, uma certa consciência atenta para os detalhes e dimensões da vida cotidiana, quer conhecer aquilo que é mais essencial para o ser, procura aquilo que é plenamente vivido, torna mais pleno o que é o ser. É uma reflexão textual do mundo vivido e das práticas cotidianas. O mundo da vida é como um horizonte da experiência humana.

Seguindo esta mesma linha de pensamento, Schneider e Martins do Valle (1996) dizem que na fenomenologia o objetivo é buscar a essência do fenômeno partindo da descrição e das falas dos sujeitos, a partir de sua experiência vivida. Essa descrição não será certa ou errada, mas será a descrição daqueles sujeitos, num dado momento, num dado contexto, numa dada experiência. A compreensão fenomenológica, que virá das descrições, dará o significado apreendido sobre o fenômeno em estudo.

Para esses autores, a fenomenologia tem sido muito útil para a enfermagem psiquiátrica, pois dá a oportunidade de conhecer o entendimento que as pessoas dão às suas experiências com doenças e na relação enfermeira-cliente. Na

busca de compreender melhor o homem, enquanto ser no mundo em sua integralidade, a enfermagem psiquiátrica se aproxima cada vez mais da abordagem fenomenológica para alcançar esse significado.

Nessa linha de pensamento, Collet e Schneider (1995) enfatizam que sua utilização possibilita compreender mais profundamente o objeto de investigação, abrangendo a totalidade da compreensão da realidade vivida.

Dessa forma, essa aproximação é real se for considerado que o fenômeno de interesse para a enfermagem está relacionado com a subjetividade de clientes e enfermeiras como seres humanos, singulares e particulares, no ambiente do cuidar. Nessa direção, a fenomenologia e a enfermagem psiquiátrica se aproximam, pois compartilham crenças e valores, e se preocupam com os significados particulares para o que é vivido (Schneider e Martins do Valle, 1996).

Por isso, pesquisar na área de enfermagem psiquiátrica, com a perspectiva fenomenológica, pode permitir um desvelar sobre o mundo dos clientes em sofrimento psíquico, entendidos como entes ou seres do ser (Schneider, 1996), propiciando o acontecer do cuidado humanizado.

Nessa perspectiva, através da fenomenologia pode ser oferecido à enfermagem uma oportunidade de entender as vivências dos clientes, os significados que atribuem ao cuidado dado pela equipe de enfermagem, auxiliando no planejamento de ações de enfermagem que se aproximem mais do cliente, e não dos interesses institucionais ou organizacionais, fornecendo subsídios para uma abordagem de cuidado humanizado.

Assim pensando, a utilização da abordagem fenomenológica para conduzir o percurso na compreensão do fenômeno que foi estudado, *o significado que tem para o cliente sua internação psiquiátrica hospitalar*, baseado na descrição do próprio cliente sobre as vivências relacionadas com este evento, pareceu ser apropriada, já que são esses clientes que estão neste mundo, vivendo esta realidade a

ser entendida e apreendida.

Para desvelar esse fenômeno, foi utilizada a análise hermenêutica de Ricoeur (1976). A análise hermenêutica foi escolhida por ser adequada a um estudo que envolvia a subjetividade, o significado não explícito no discurso dos sujeitos; além disto, existia o fato de que o exercício da reflexão e da interpretação é uma constante no cotidiano da enfermagem psiquiátrica, o que poderia trazer uma aproximação com essa forma de análise. A interpretação dos discursos deu-se à luz da perspectiva existencialista de Heidegger (1993), pelo fato do fenômeno em estudo estar relacionado com o existir. Para a coleta de dados, foi utilizado como instrumento de coleta a técnica de entrevista, conforme proposta por Gauthier *et al.* (1998).

#### 4.2 Campo de estudo

O local escolhido para a coleta de dados foi a Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que recebe clientes procedentes da capital e do interior do estado. Essa escolha fundamentou-se no fato de já ter trabalhado como enfermeira assistencial, nessa unidade. De certa forma, isso poderia contribuir para um menor distanciamento com o mundo a ser estudado.

Os clientes são provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da clínica privada. Para a clientela encaminhada pelo SUS, dispõem de vinte e seis leitos, que são atendidos pelos médicos que fazem Residência em Psiquiatria ou Curso de Especialização em Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Para os clientes oriundos da clínica psiquiátrica privada, conta com dez leitos atendidos pelos professores do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRGS.

Situa-se no quarto andar, ala norte, do HCPA, e tem a característica de ser uma unidade fechada. Conta com uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiras assistenciais, acadêmicos da área de enfermagem e medicina,

enfermeiros psiquiátricos professores do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da UFRGS, médicos em formação na área de psiquiatria, médicos psiquiatras professores do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRGS, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionista, assistente social, psicóloga, recreacionista e auxiliar administrativo. Além disto, dispõe de toda a infra-estrutura que o fato de estar localizada num hospital de nível terciário, referência para tratamento e investigação de diversas patologias, proporciona.

A equipe de enfermagem é composta por trinta e dois funcionários: oito enfermeiras psiquiátricas, uma das quais é chefe de unidade, dezesseis técnicos de enfermagem e oito auxiliares de enfermagem, distribuídos em três turnos de trabalho: manhã, tarde e noite, vinculados ao Serviço de Enfermagem Psiquiátrica do Grupo de Enfermagem do HCPA.

#### **4.3 Entrada no Campo**

A entrada no campo se deu mediante a autorização do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA.

Solicitei que a Chefia do Serviço de Enfermagem Psiquiátrica do Grupo de Enfermagem do HCPA me colocasse em contato com a Chefia de Unidade da Internação Psiquiátrica. Ambas foram informadas formalmente do caráter do estudo e foram esclarecidos os pontos necessários a respeito da pesquisa. Através de um livro de recados, foi informado, pela chefe de unidade, às demais enfermeiras da unidade que o estudo iria começar.

O fato de estar ali não foi surpresa para as enfermeiras e técnicos de enfermagem da unidade, pois costumam freqüentar a internação, seja por motivos profissionais, seja pela vontade de rever colegas, mas mesmo assim, durante os turnos em que realizei a coleta de dados, pessoalmente expliquei às enfermeiras,

técnicos e auxiliares de enfermagem dos turnos a respeito do estudo, já que iriam conviver com minha presença durante o tempo em que estivesse coletando os dados.

Para que essa interação pudesse ser estabelecida, o campo foi visitado diariamente, com a intenção de me tornar mais próxima do mundo da internação psiquiátrica. A fim de que os sujeitos do estudo se acostumassem com minha presença, os acompanhei em atividades de recreação, horários de almoço e café, pois à medida em que conseguisse estabelecer uma relação harmoniosa, poderia iniciar com eles uma conversa mais intencional, que me conduzisse em direção ao que buscava descobrir. Nessas visitas não fiz qualquer tipo de anotações ou registros, já que a finalidade não era observar, mas tornar-me conhecida no campo.

Nos primeiros momentos em que visitei o campo, me senti desconfortável. Parecia estranho estar na unidade com um propósito abstrato, me tornar conhecida e interagir, lidando com o inesperado que essa postura poderia trazer. Por várias vezes me senti cuidada por clientes dos quais já cuidara, quando se aproximavam de mim, falando do tempo em que fui enfermeira nessa unidade, o que me confortou. As enfermeiras, os técnicos e auxiliares de enfermagem da unidade também foram muito receptivos, gentis e atenciosos, assim como as outras pessoas da equipe.

Não pude deixar de voltar a pensar no tema deste estudo a cada vez que estava conversando com os clientes, fosse na sala de recreação, fosse durante suas refeições. Cada vez sentia mais vontade de poder compreender essa realidade, para poder fazer mais, refletindo sobre as reais necessidades daquelas pessoas. O sentimento de solidariedade e preocupação com eles veio mais forte ainda.

Quando os clientes que não me conheciam começaram a me chamar pelo nome, e eu senti que também já conseguia me aproximar deles de forma espontânea, conversando sobre fatos do dia a dia, decidi que era hora de começar a coleta de dados.

#### 4.4 Sujeitos do estudo

Buscando compreender o significado da internação psiquiátrica hospitalar na visão do cliente, os sujeitos deste estudo estão entre aqueles que internaram na Unidade Psiquiátrica do HCPA. Dentre estes, foram convidados a participar do estudo somente aqueles que internaram de forma voluntária. A admissão voluntária<sup>7</sup>, de acordo com a Lei Estadual n. 9.716/1992, Anexo 01, Lei da Reforma Psiquiátrica e da Proteção aos que Padecem de Sofrimento Psíquico, permite que o cliente mantenha seus direitos de cidadão e possa exercer esses direitos mesmo estando internado.

Foram selecionados em duas etapas. Primeiramente, revisei os prontuários dos clientes para elaborar uma lista daqueles que tivessem internado de forma voluntária. Dentre estes, foram escolhidos seis, dos quais quatro eram mulheres e dois eram homens, e que foram chamados por nomes de flores, de acordo com o sexo: Petúnia, Bromélia, Jasmim, Cravo, Orquídea e Lírio. A escolha destes seis sujeitos se deu através de alguns critérios: estar passando por sua primeira, segunda ou terceira internação psiquiátrica hospitalar; ter mais de 18 anos; concordar em participar do estudo, fazendo uma entrevista gravada ou anotada, e assinar o termo de consentimento informado; ser capaz de comunicar verbalmente sua experiência em relação à internação, quando estivesse, no mínimo, em sua terceira semana de internação hospitalar.

#### 4.5 Coleta de Materiais

Os materiais foram coletados por mim, através de entrevista semi-estruturada, conforme proposto por Gauthier *et al.* (1998). A utilização da entrevista como instrumento de coleta de dados possibilitou a percepção de sentimentos que

---

<sup>7</sup> Admissão voluntária é aquela em que o cliente aceita espontaneamente sua internação psiquiátrica hospitalar, assinando, ele mesmo, um termo de concordância e responsabilização pela internação. Mesmo nesses casos, em geral, as instituições hospitalares têm como norma que o cliente que vem para avaliar a necessidade de internação psiquiátrica hospitalar, seja acompanhado por um familiar, a fim de que possam ser colhidos dados de sua história presente e passada por fontes diferentes.

tornaram visíveis as interfaces de minha relação com os entrevistados, provocando sensibilidade e exigindo uma forma diferente de estar com eles.

A entrevista semi-estruturada busca saber o como e o porquê de uma ocorrência através de informações, conversas e descrições, e pode ser organizada a partir de uma ordem estabelecida, dando-me liberdade de ir e vir. A busca do conhecimento através da entrevista semi-estruturada como vivência caracteriza-se pela transcendência da verdade objetiva. A expressão da consciência procede da intenção e significação, na qual formular a problemática do estudo é a essência do encontro. A questão não é a causa e seus condicionamentos, mas a intenção para que, a intenção a que o fenômeno responde (Gauthier *et al.*, 1998).

Considerar e utilizar a entrevista como instrumento de pesquisa nessa perspectiva é vivenciar a possibilidade do conhecimento do sujeito em questão, mostrando simultaneamente a totalidade do que se quer conhecer. É um ver a si e ao outro no mundo sensível.

As entrevistas foram realizadas à medida em que cada sujeito completava os critérios de inclusão no estudo, durante o mês de agosto de 1999, se desenvolveram ao longo de três semanas e cada sujeito foi entrevistado uma única vez. Em média, as entrevistas duraram de quinze a quarenta e cinco minutos, e foram feitas em um consultório da Unidade de Internação Psiquiátrica do HCPA, nos turnos manhã ou tarde, de segunda a sexta-feira.

As entrevistas tiveram caráter individual. Cada entrevistado teve tempo para responder às questões formuladas, liberdade para expressar seus reais sentimentos e percepções, e o meu papel foi o de colocar à vontade o entrevistado. A entrevista ocorria até que as possibilidades manifestas nos discursos contivessem os dados necessários para o estudo.

Para poder apreender o real significado que o cliente atribui à internação psiquiátrica hospitalar, se teve como auxiliar um roteiro para a entrevista (Anexo A).

À medida em que foram formuladas as perguntas aos sujeitos, dependendo da resposta, foram realizadas novas perguntas, com vistas a esclarecer o que estava sendo manifesto, sem que se perdesse de perspectiva o objetivo do estudo.

Para garantir fidedignidade aos materiais coletados, as entrevistas foram registradas num microgravador, depois transcritas na íntegra, com o auxílio de um microcomputador, para então se organizar os discursos.

Os materiais foram manualmente organizados para a análise, através da impressão da transcrição das entrevistas.

#### **4.6 Saída do Campo**

A saída do campo se deu no momento em que as entrevistas foram concluídas.

No entanto, existe um compromisso ético que faz com que eu queira apresentar para a equipe de enfermagem e os profissionais de saúde os resultados deste estudo.

Dessa forma, acredito estar contribuindo para aprimorar, junto à equipe de enfermagem que trabalha em internação psiquiátrica hospitalar, abordagens mais integradoras entre o conhecimento científico, as exigências institucionais e as vivências dos clientes.

#### **4.7 A questão ética**

Atualmente a preocupação com a ética vem sendo uma constante nas pesquisas que envolvem os seres humanos, e é necessário que se esteja atenta em relação a essa necessidade. O respeito aos indivíduos e a sua especificidade precisam ser mantidos e guardados em todos os passos de um estudo. Na abordagem fenomenológica isso é imprescindível, pois é através do respeito com que se

estabelece a relação com o outro que se vai conseguir entrar em seu mundo real para desvelar as interrogações do estudo.

Após serem feitos os contatos iniciais com os sujeitos desse estudo, foi explicado para eles sobre os propósitos e procedimentos desta investigação.

Em atenção ao Decreto n.º 93.933/1987, do Conselho Nacional de Saúde em seu Capítulo II Art. 4 e Art. 5, que legisla sobre os aspectos éticos da pesquisa em seres humanos, foi apresentado aos sujeitos do estudo um termo de compromisso denominado de Termo de Consentimento Informado (Anexo B), que foi assinado por aqueles que quiseram me acompanhar nesse mundo novo e desafiador.

Com isso, se assegurou aos sujeitos que sua participação neste estudo foi voluntária e que tinham direito de interrompê-la a qualquer momento, assim como de solicitarem quaisquer novos esclarecimentos sobre o estudo. Também lhes foi garantido sigilo sobre seus dados de identificação, assim como sua autorização para a publicação dos resultados, e a desgravação das fitas após o término do estudo.

Além disso, foram entrevistados por mim, que tenho experiência com realização de entrevistas com clientes em sofrimento psíquico. Por serem clientes internados em uma unidade psiquiátrica, foram ouvidos em sua terceira semana de internação, época em que, supostamente, estariam mais estabilizados de seus sintomas, com menor chance de se perturbarem com a entrevista, e teriam mais facilidade de expressarem sua percepção sobre a internação. Além disso, foram entrevistados dentro do ambiente da internação, o que dava o respaldo necessário para atender qualquer instabilidade que pudesse surgir durante ou após a entrevista, fato que não aconteceu.

#### **4.8 Análise dos Materiais**

Esta realidade que foi desvelada durante o caminhar neste estudo, foi compreendida e interpretada através da análise hermenêutica de Ricoeur (1976), na

perspectiva existencialista heideggeriana.

A palavra hermenêutica é de origem teológica, e designava um método próprio de interpretação da Bíblia. Depois de algum tempo, destinou-se a designar todos os esforços de interpretação de um texto complexo que exige uma explicação. No mundo contemporâneo, traduz uma reflexão filosófica interpretativa ou compreensiva sobre os símbolos e mitos em geral (Collet e Wetzel, 1996).

Nessa perspectiva, para que aconteça a aproximação com a questão do homem, a única possibilidade se encontra na comunicação dos homens entre eles mesmos, já que a linguagem constitui-se no núcleo central da comunicação do homem comum no seu dia a dia (Stein, 1987).

No método de Ricoeur (1976) a linguagem precisa ser pensada através do que esconde, e não do que explicita. É necessário descobrir seu sentido para que se possa entender a existência humana. A intenção é procurar o que está oculto pelas palavras, para que o real possa ser captado em sua totalidade, decifrando os comportamentos simbólicos do homem, através do desvelar da verdade que se esconde no que é aparente.

Nesse sentido, Palmer (1969), falando sobre a hermenêutica, diz que o processo de interpretação é o ato essencial do ser humano, e que a existência pode ser considerada um constante processo de interpretação. Este processo se dá através da linguagem, pois esta mostra a visão do homem e seu pensamento, expressando, dessa forma, várias faces de sua vida, clarificando a experiência pessoal de quem está no mundo.

Além disto, Ricoeur (1976) aponta para um caminho que mostra que sujeito e objeto se evidenciam pela interpretação, numa relação de reciprocidade. Querendo conhecer o objeto, o sujeito se conhece e se dá a se conhecer. Nessa lógica, é necessário estabelecer o que ele chama de distanciamento para a interpretação. O distanciamento é uma condição indispensável para a interpretação,

pois o intérprete abre mão das ideologias que poderiam influenciar no sentido do texto interpretado. Isto é fundamental, já que interpretar é, principalmente, entender e reconhecer as intenções que se evidenciam ao longo do discurso, e que expressam um sentido (Ricoeur, 1990).

É este sentido que se buscou neste estudo: compreender o significado que tem para o cliente sua internação psiquiátrica hospitalar, através do discurso dos que passam por esta experiência. Pelas suas falas, o discurso aparente, pode-se perceber o que é sentido, o oculto, com a internação, resultando um significado atribuído por eles à internação psiquiátrica hospitalar, neste caso, o núcleo da problemática hermenêutica.

Para a compreensão deste significado, utilizou-se a perspectiva existencialista de Heidegger (1993), uma vez que o fenômeno em estudo, a internação psiquiátrica hospitalar, está relacionado com o existir, portanto traz consigo uma experiência de vida que se estruturou nas crenças, valores e sentimentos que traduzem uma maneira de ser-aí ou de ser no mundo (Crossetti, 1997). Ser que, num dado momento de sua existência depara-se com uma experiência de internação psiquiátrica hospitalar, um lugar, rompendo com a cotidianidade de seu existir, passando a precisar do cuidador, o outro, para acompanhá-lo neste momento de sua existência.

Por isto é que esta realidade que foi estudada aproximou-me do referencial de Heidegger (1993), já que postula, em sua perspectiva existencialista, que o homem é "*Dasein: ser-aí*", encontra-se no mundo, é um ser-no-mundo. Assim, existindo, este ser está relacionado com os demais entes que estão a si circunscritos, coisas e seres existenciais. Nesta ótica, o faz ser entendido como um "*ser-aí-com*", ou seja, um ser-com os outros e para os outros, determinando uma presença compartilhada no mundo. Isto traz ao ser-aí a "*preocupação*", que denota o modo de cuidar do outro. A preocupação é um modo de ser no mundo, podendo apresentar-se de forma deficiente, dominadora e anulando a participação do outro, ou manifestar-se de maneira positiva, dando possibilidades ao outro para que assuma

sua própria trajetória, amadurecendo e encontrando-se consigo, numa forma autêntica de cuidar (Heidegger, 1993).

A preocupação, como um modo de ser do homem, leva a pensar que o homem não apenas *é* e *está* no mundo. Também se relaciona com este e com as coisas que nele podem ser encontradas. Por isto é um ser-no-mundo, onde o encontro com o outro se apresenta numa situação de conaturalidade, representa um elemento essencial na reciprocidade do ser com o mundo. Portanto, vivendo neste mundo é que o homem se encontra em diferentes e próprios modos de ser: solícitude, afetividade, compreensão, interpretação e linguagem, os quais compreendem seus existenciais básicos (Heidegger, 1993), e conferem um sentido à existência, determinando os possíveis modos do homem-ser-no-mundo.

Neste sentido, estando-aí, o homem está aberto ao mundo. Isto significa, para Heidegger (1993), estar lançado no seu aí, entregue aos acontecimentos do mundo, ser um ser de facticidade, fato determinado e definido em cada homem.

*“A afetividade (estar afeto, atingido) manifesta-se como um aspecto construtivo de seu projeto de ser. Estando aí, o homem se vê lançado a esta abertura que não lhe pertence como algo de que ele possa dispor. Apesar de ser o que abre e funda o mundo, o estar-aí é finito; não é pois, uma determinação transcendental de todo o homem.” (Silva, 1991, p. 27)*

Nesta leitura, pode-se constatar que a afetividade representa um ato de cuidado, manifestando-se como zelo, preocupação e solícitude.

Solícitude, ou cuidado, para Heidegger (1993) significa relacionar-se com alguém, com o outro, de forma envolvente e significativa, detendo como características básicas do “ter consideração” e “ter paciência” com o outro, através de experiências e expectativas.

Heidegger (1993) pensa em duas formas extremas cuidar do outro ou solícitude. “*Enspringende Fürsorge*” é uma delas. Denota o cuidar do outro

saltando sobre ele ou acalentando-o como um colo, fazendo tudo por ele, mimando-o, dominando ou manipulando, mesmo que sutilmente. A outra maneira de cuidar é o “*Vors pringende Fürsorge*”, que significa saltar à frente do outro, dando possibilidades para que assuma seus próprios caminhos, a fim de crescer, amadurecer, encontrar-se consigo.

Esta maneira que possibilita ao outro o seu próprio cuidar é o que caracteriza a *existência autêntica*, onde se dá um afastamento dos cuidados cotidianos, num universo tranqüilizante, onde o *Dasein* tem seu mistério dissimulado. O desvio, que os pequenos cuidados proporcionam, se atenua, dando lugar ao cuidado (*sorge*), entendido como o caráter da existência onde se imbricam três dimensões: sentimento de situação, compreensão e decaimentos, que constituem o sentido de *Dasein*, o sentido de ser (Silva, 1991).

Nesta direção, Heidegger (1993) apresenta a noção de cura, que traz o significado de angústia, que leva ao cuidado e à dedicação. Para ele, todos os atos do homem expressam atos de cuidado e dedicação, dando significado a sua vida e existência.

Nesta existência, o homem revela-se na temporalidade e historicidade, ficando o tempo marcado pelas dimensões *passado, presente e futuro*. No passado, a ausência registrada está na memória, no futuro, a ausência está na expectativa, no presente, o ser-aí mostra-se junto ao homem. Estas dimensões estão interrelacionadas, já que uma existe na dependência da outra. É na relação do futuro com o passado que se produz o presente, da mesma maneira que a aproximação do que não-está-aí presente produz, ao mesmo tempo, o que já-não-é-mais (passado).

Estes pressupostos me orientaram na busca da compreensão dos significados que têm para o cliente sua internação psiquiátrica hospitalar. Este cliente, um ser-aí, um ser temporal, com uma história de vida retratada num passado, num presente e com uma expectativa de futuro que pode estar na dependência de como vivencia a internação psiquiátrica hospitalar. Foi a partir da análise dos

discursos dos sujeitos deste estudo que a perspectiva existencialista heideggeriana me pareceu apropriada para a compreensão dos mesmos.

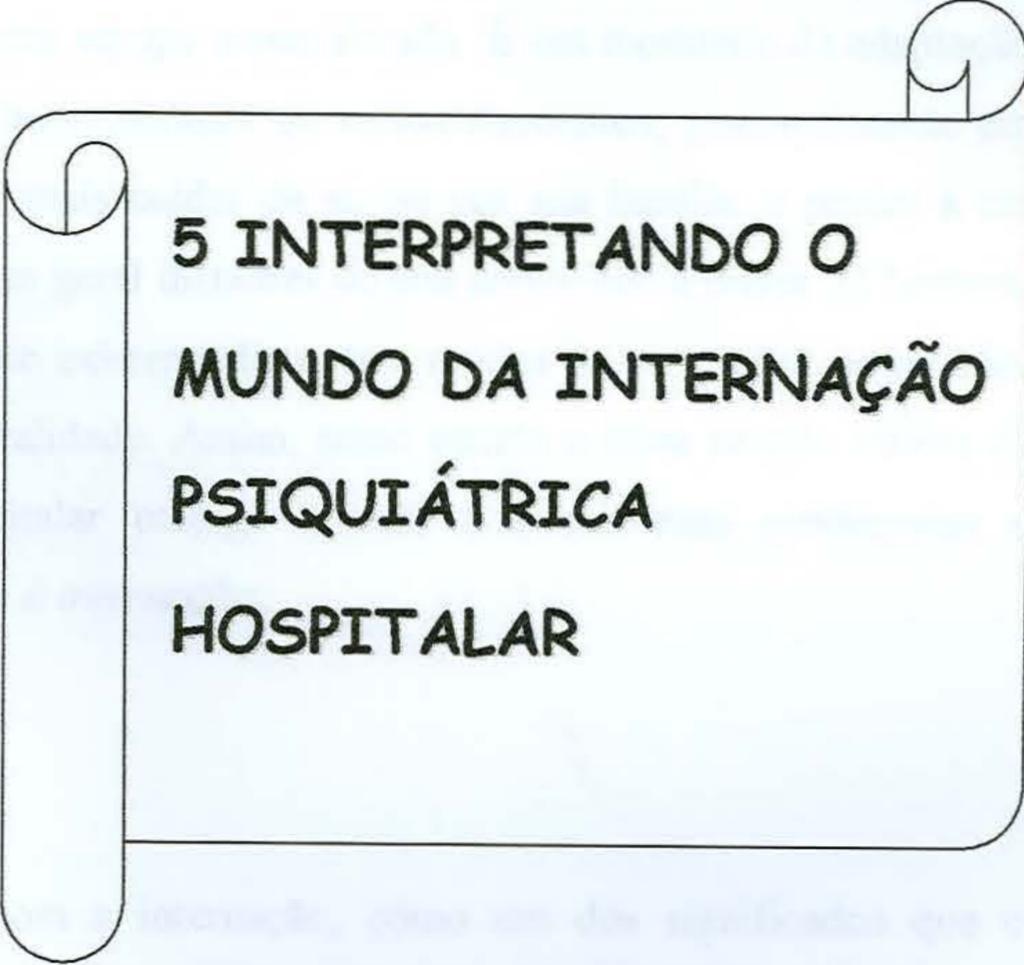
Na análise e interpretação dos discursos deste estudo, com base em Ricoeur (1976), foram seguidos os seguintes passos, apresentados por Crossetti (1997) e Motta (1997):

- Leitura inicial do texto – foi o início da compreensão ingênua dos discursos, onde apareceram os primeiros significados das entrevistas transcritas. Nessa fase, não se indagou da veracidade ou não do mundo do texto. Essa leitura foi feita tantas vezes quantas foram necessárias para que pudessem emergir dos discursos os primeiros significados sobre a internação psiquiátrica hospitalar. Nessa primeira etapa, se teve uma primeira visão sobre o objeto deste estudo, desvelado a partir do que começou a emergir dos discursos.
- Distanciamento – não se constituiu formalmente numa etapa do processo de análise, mas numa condição para que possa ocorrer a interpretação. Nesse processo foi necessário que se abdicasse de crenças e preconceitos, evitando que esse valores se projetassem para os discursos, mascarando a real fala dos sujeitos. Essa postura possibilitou que se fizesse uma reflexão sobre a intenção do texto, a fim de entender o que emergia dos discursos. Ao manter esse distanciamento, não se permitiu que a reflexão do que emergiu do mundo dos clientes fosse contaminada pelo mundo da pesquisadora, em todos os momentos reflexivos da análise hermenêutica.
- Análise Estrutural - foi a etapa onde se fez a leitura profunda e crítica do que estava aparente nos discursos, ou seja, o que consta da leitura inicial da primeira etapa. Houve a necessidade de que se procurasse a semântica profunda, ou seja, através da compreensão e interpretação buscou-se o sentido ou significado do que estava oculto nos discursos. Este significado foi tematizado e compreendido, gerando os temas e subtemas dos discursos daquele momento vivido, naquela

realidade experienciada. Ricoeur (1990) considera que o significado ou o sentido é desvelado em unidades de sentença.

- Identificação da Metáfora – esta etapa compreendeu a criação de uma linguagem que pudesse desvelar um significado atribuído pelo cliente sobre o fato de estar vivendo uma internação psiquiátrica hospitalar. Foram definidos os temas e subtemas revelados na fase anterior, com o objetivo de compreender o significado dos discursos. Neste estudo, esta compreensão se deu através da utilização de uma leitura na perspectiva existencialista de Heidegger (1993), o que levou a desvelar os diferentes significados da internação psiquiátrica hospitalar para o cliente.
- Apropriação – foi a última etapa do processo de análise e interpretação hermenêutica de Ricoeur (1990). O sentido oculto dos discursos se tornou mais visível. Nesta etapa, se deu a compreensão da metáfora identificada na fase anterior, através da interpretação de seu significado. A apropriação aconteceu a partir da compreensão dos discursos que revelaram os significados que os clientes atribuíam ao fato de estarem internados em uma internação psiquiátrica hospitalar.

B INTERPRETANDO O  
MUNDO DA INTERNAÇÃO  
PSIQUIÁTRICA  
HOSPITALAR



**5 INTERPRETANDO O  
MUNDO DA INTERNAÇÃO  
PSIQUIÁTRICA  
HOSPITALAR**

Busca-se neste capítulo, na perspectiva existencialista de Heidegger, descrever e interpretar o sentido dos discursos dos sujeitos deste estudo, que desvelam o significado da internação psiquiátrica hospitalar para o cliente. À luz do que acontece, nesse mundo vivido, revelaram-se três temas interligados, já que manifestam uma estrutura única: *o mundo vivido da internação psiquiátrica hospitalar, aprendendo com a internação e o presente projetando-se no futuro.*

## **5.1 O mundo vivido da internação psiquiátrica hospitalar**

Internar numa instituição hospitalar, em especial numa unidade psiquiátrica, representa o reconhecimento de um agravo que não pode ser solucionado sem a ajuda de uma equipe especializada. É um momento de adaptação para o homem, e pode estar acompanhada de vários elementos, principalmente em relação ao fato de não poder mais cuidar de si, ou por sua família, e passar a ser cuidado por outras pessoas, em geral distantes de sua convivência diária. O homem, como um ser-aí no pensamento existencialista, tem modos de ser e estar no mundo, com o qual existe em conaturalidade. Assim, neste estudo o tema mundo vivido da internação psiquiátrica hospitalar emerge através dos subtemas *sentimentos e problemas e razões que levam à internação.*

### **5.1.1 Sentimentos**

Os sentimentos com a internação, como um dos significados que o cliente atribui à internação psiquiátrica hospitalar, têm um papel relevante e diverso para os sujeitos deste estudo.

Chama atenção a seguinte fala:

*“A gente tá meio assim vamos dizer, meio confusa com o que a gente tá sentindo, né? Acho até por isso que a gente tá sentindo, né? Porque a gente quando baixa, a gente tá com algum problema psicológico, psiquiátrico, emocional, né? Então tem até uma certa confusão desses sentimentos, no caso que eu posso assim dizer, né, o que, que eu senti, é uma certa, assim um tipo de impotência.” (Petúnia)*

Desvela-se nesta fala o reconhecimento, que partiu do ser cuidado, de que a internação representa a aceitação de problemas decorrentes do sofrimento psíquico. No pensamento heideggeriano, existe, nessa fala, a possibilidade de conviver com vários sentimentos que fazem parte do cotidiano do ser, aparecendo claramente a idéia de autenticidade (Crossetti, 1997), já que nesse discurso há o desvelamento das próprias limitações e do fato de estar lançado no mundo, ou seja, estar aberto ao mundo, disponível para as possibilidades da existência (Silva, 1991).

Neste sentido, Garcia (1994) diz que o homem que vive autenticamente se atreve a encarar a realidade que mostra que seu ser é nada, expressando, com isso, a idéia de impotência que aparece no discurso.

Por outro lado, têm-se falas que ilustram que, mesmo havendo o entendimento da necessidade da internação psiquiátrica hospitalar, existe uma não aceitação desse fato. Esta não aceitação pode ser expressa na inautenticidade, situação em que o homem desempenha seu papel sem questionar, sem assumir sua condição de estar lançado no mundo e ter limites (Garcia, 1994), como podemos ver nos discursos abaixo:

*“Porque a gente não pode consegui, assim a gente mesma consegue assim resolver nossos problemas, a gente tem que baixar numa clínica psiquiátrica para que outras pessoas possam resolve.” (Petúnia)*

*“Ah! Eu fiz muita coisa pra mim não ser internada, mas não adiantou. Ah! Eu tirava, eu tava com uma sonda né, eu tirava, eles botavam, eu tirava,*

*eles botavam, aí eu tirava. Eu pedia pra minha mãe não me tirar daqui e minha mãe queria tirar, porque quando eu baixei, tava correndo risco de vida. É fugir da equipe. Quando eles abriram a porta lá, eu estava cuidando nesse sentido.” (Bromélia)*

*“Eu, não tá sendo fácil, porque sei lá, né, é uma sensação de tá preso, uma sensação né? De não ter a palavra verdadeira. Tá ruim assim, tem uma certa hora do dia que fica sufocado, tu quer sair, tu não pode. E, já dá aquela irritação, tu quer brigar, tu não pode e sei lá. Não tá sendo muito legal, pra mim não pelo menos. O meu sentimento da primeira internação.” (Lírio)*

Observa-se nestes discursos que o homem não assume a condição de sujeito de seu próprio destino, e a doença faz parte do destino do homem, é uma facticidade (Heidegger, 1993), posicionando-se numa condição de irresponsabilidade, uma das características do modo inautêntico de existir, já que parece não pensar nas possíveis saídas que lhe exigem decidir e avaliar as conseqüências futuras (Mouriño e Revuelta, 1995).

Depreende-se desses discursos que, mesmo havendo o reconhecimento da necessidade de internação psiquiátrica hospitalar, os sentimentos em relação a esse evento podem ser contraditórios, revelando a eterna dualidade humana que se expressa pela aceitação da finitude, da mortalidade, da doença, da fragilidade, demonstrando que viver de forma autêntica *versus* viver de forma inautêntica é uma condição que se alterna ao longo do existir.

Outro sentimento que se desvela nos discursos dos sujeitos deste estudo é o de angústia, onde se tem uma ruptura com a familiaridade do cotidiano, fazendo com que o homem se sinta perdido, desorientado (Garcia, 1994). A doença é percebida como essa ruptura que se dá no cotidiano, pois, sem a doença, talvez o homem não precisasse deparar-se com sua finitude, reconhecimento final do existir autêntico. A angústia, um existencial básico, apresenta-se como expressão do mundo interno do homem, e se desvela no reconhecimento dos sintomas da doença, que levaram à necessidade de internação psiquiátrica hospitalar.

A fala:

*“E aqui dentro, que eu passei por esses momentos também de depressão, de angústia, de... Passei por todos os sentimentos que eu passava na rua e consegui agüentar.”* (Cravo)

nos ilustra a exata dimensão desse sentimento, que consegue ser suportado pelo fato de existir a situação da internação psiquiátrica hospitalar.

Além da angústia, outro sentimento emergiu dos discursos: o medo. O medo é um modo de ser que está relacionado com um perigo concreto, que ameaça o ser. Heidegger (1993) considera o medo uma inibição ou um esquecimento do homem, revelando inautenticidade.

O medo pode ser ilustrado por algumas falas dos discursos desse estudo:

*“A gente reluta um pouquinho pra vim baixar, né.”* (Petúnia)

*“Eu vou me cuidar bem, pra não acontecer isso que aconteceu. Pra mim não voltar pra cá né? de novo. Eu não quero voltar.”* (Bromélia)

*“Ah! Que agora eu vou te que me cuidar, bem mais, pra não voltar de novo essas doença né?”* (Orquídea)

*“ Ah! Eu to com um pouco de medo de ir, de ir embora. Porque, ah, eu to bastante tempo aqui, aí como que vai se lá fora.”* (Orquídea)

*“...eu sai fora de mim, assim eu fico com medo, eu saio, não consigo conversar e me ataca os nervo. Então, eu tenho medo que isso aconteça lá fora e que alguém use isso contra mim, de eu já ter sido internado...”* (Lírio)

Desvela-se, nestas vinhetas, que o medo aparece relacionado a várias situações, ou seja, a inautenticidade revelada pelo medo pode ser traduzida de muitas formas. Por exemplo, no discurso de Lírio o medo é manifesto através da

possibilidade de voltar a ter sintomas de sua doença, perder o controle depois que sair da internação, e outras pessoas utilizarem o fato de ter internado contra ele, não sendo aceito pelos outros; já Orquídea evidencia medo em relação a sair da situação de proteção que a internação propicia, e de como reagirá fora dela; o desejo de cuidar-se bem por medo de voltar a internar é compartilhado por Bromélia e por Orquídea, e no discurso de Petúnia se desvela o medo de reinternar.

Outro existencial que pode ser evidenciado é o pavor. O pavor, para Heidegger (1993), aparece quando há uma ameaça que se lança sobre o ser, algo conhecido e familiar, que se aproxima subitamente do homem, e pode ser desvelado nas seguintes falas:

*“...eu tentei suicídio, justamente pelo acúmulo dessas coisas, e a gente não tem, Ah... aquilo que eu sugeri, sabe? A potência de resolver, A gente se vê perante assim, como se fosse um beco sem saída.”*  
(Petúnia)

*“Cada minuto de angústia, parece uma eternidade, parece que vai te faltar ar, parece que tu vai morrer, parece que tu, quando vê, tu tá chorando, quando vê, tu tá enxergando coisa, sei lá, pinta mil, tu não sabe mais se tu é certo, se tu é normal, se tu tá ficando louco, se tu, se tu nunca passou por aquilo, tu não faz nada, tu não... Quando vê acontece da tontura, falta de ar, meu Deus o que tá acontecendo? teu coração começa apurar, começa a bater mais forte, começa a suar gelado.”* (Lírio)

Interpreta-se que, pela expressão “*dessas coisas*”, existe um conhecimento sobre o que está sendo temido, sem que, no entanto, haja, na visão de Petúnia, possibilidades de que seja resolvido, aparecendo o suicídio como resposta a essa situação de completa impotência e pavor. Já no discurso de Lírio, o pavor se desvela pelo aparecimento dos sintomas da doença, que trazem desconforto físico e mental.

É nessa atribuição de significados sobre os sentimentos relacionados ao fato de estar passando por uma internação psiquiátrica hospitalar que se abre espaço para outra reflexão: a compreensão dos motivos que levaram a essa internação.

### 5.1.2 Problemas e razões que levam à internação

Outro significado que emergiu dos discursos está expresso nos problemas e razões que levaram à internação.

Desvela-se na fala:

*“E, eu costumava, todos os problemas, tudo que acontecesse comigo, qualquer coisa, assim minha fuga era o, eu ia pra bebida, toma uma garrafa de cachaça e bom deu, botei os problemas tudo dentro de um saco, esqueci tudo.” (Cravo)*

que existe, por parte do ser cuidado, a identificação do problema que o levou à internação. No entanto, também emerge neste discurso a inautenticidade, já que a não aceitação dos problemas representa que o homem deixou-se levar pelas coisas e pessoas que o rodeiam, não lidando com a condição de estar lançado no mundo (Crossetti, 1997) e ter problemas. Aparece nessa fala mais uma condição do modo inautêntico de ser, a inconsciência, que leva o homem a evadir-se da realidade da morte e das interrogações da existência humana (Mouriño e Revuelta, 1995), neste caso, os problemas. Essa fala também expressa a ambigüidade do comportamento humano, que desnuda a finitude humana (Silva, 1991).

O reconhecimento dos problemas e razões que levam à internação também se encontra em outros discursos:

*“A gente já vê assim, como frágil a gente é, perante os nossos problemas que a gente não consegue resolve-los e ai vai se criando uma bola de neve, né, vai se criando uma bola de neve.” (Petúnia)*

*“Talvez, fosse as ações né, infrutíferas, continuarão as alucinações, a doença continuará, tu tá pior.” (Jasmim)*

*“Por exemplo, que nem na minha casa, sabe, sabe cada pessoa tem seu horário e eu não consigo e eu... Eu tenho que ter, é, que, a minha doença, as pessoas tem que ter um horário, como é que vou dizer, um horário, um horário fixo... Ah, e aí eu sou, como é que vou dizer, sou super desorganizada né...” (Orquídea)*

*“Eu não sei, eu acho que não, que tava alienado de mim mesmo, não... não sabiam que eu tava tão alienado assim.” (Cravo)*

Nas falas acima, desvela-se, nas entrelinhas, a aceitação da condição da doença, por meio da identificação que o ser cuidado faz dos problemas e razões que levam à internação. A doença, sob o prisma existencial, deve ser considerada uma situação vivida, que traz restrições nas relações com o outro e com o mundo. O homem doente deve experimentar essa situação como uma facticidade em sua existência, que faz parte da condição de ser humano (Heidegger, 1993).

Também se pode depreender dos discursos acima a consciência do mundo, expressa pela autenticidade revelada na aceitação do fenômeno que o ser humano experimenta enquanto ser-aí no mundo, como a doença, que faz parte deste mundo de acontecimentos (Silva, 1991).

A consciência do mundo possibilita dar-se conta da existência. Nesta compreensão, considera as diferentes possibilidades de ser do cliente aprendidas no mundo vivido da internação psiquiátrica hospitalar.

## **5.2 Aprendendo com a internação**

A internação psiquiátrica hospitalar pode propiciar momentos em que o cliente possa aprender sobre sua doença e seu tratamento. A existência da doença é vivida como uma crise, sendo necessário recuperar o que a doença interrompeu.

Adoecer leva a mudanças existenciais. A experiência central da doença é constituída pelo fato do cliente sentir esta mudança nos estados existenciais. É isto que possibilita o entendimento do dano trazido pelo sofrimento psíquico, e o desejo de readquirir a sensação de integralidade do self ao ser cuidado. Neste estudo, o aprendizado com a internação manifestou-se em *o homem como um ser de cuidado, ambiente do cuidar e estar-com a equipe*.

### 5.2.1 O homem como um ser de cuidado

Existir é uma maneira de ser exclusiva do ser humano. O homem existe em uma situação lançada no mundo e a si mesmo, ou seja, o homem se percebe no mundo sem saber por quem, de onde, nem como veio, mas isso não significa que essa existência precise se dar de forma passiva (Heidegger, 1993).

Neste sentido, é possível criar condições que permitam ao homem recuperar sua situação de ser no mundo, isto é, a preocupação em estar sempre dirigido para este, observando-o de forma cuidadosa (Silva, 1991), e os sujeitos deste estudo desvelam em seus discursos esta necessidade.

Chama a atenção a fala:

*“Os meus problemas vem de muitos e muitos anos atras. Por exemplo, hoje eu sento e discuto com minha psiquiatra, problemas de muitos anos atras e ela chega e diz assim: Por que isso não foi resolvido? Justamente porque a gente não tem condições de só resolver isto, a gente precisa de ajuda, né, no caso de uma terceira pessoa sempre, né? Ah e ai, ai isso vem vindo, vem acumulando, acumulando, né, e o meu caso de repente é até uma certa fragilidade emocional, né? Psicológica, afeta muito, que acaba terminado como terminou.” (Petúnia)*

O homem é um ser de cuidado. Existindo se dá conta do fato de precisar ser cuidado, de ter o outro que se preocupe com ele. Para Heidegger (1993), o homem enquanto ser-no-mundo se caracteriza pelo constante estar com o outro e

com os outros entes, ou seja, é um ser relacional. Desta relação de conaturalidade, dá-se o encontro, ou afetividade. A afetividade pode manifestar-se sob as formas de cuidado, preocupação e solicitude. Na fala acima, vemos um exemplo do reconhecimento da necessidade de cuidado.

Esta afirmação é mais detalhada mais adiante no discurso de Petúnia:

*“Por exemplo, conversei com a psiquiatra né, ela disse assim: ‘A senhora não pode deixar seus problemas acumularem, por exemplo, se hoje tu brigar com um filho teu, tu vai sentar e resolver ali. Tu não vai deixar isso guardado pra daqui uma semana, um mês, vocês brigarem de novo e tu jogar na cara dele, que isso que tu faz.’ Entendeu? de repente uma coisinha já era assim, acaba se tornando enorme, quer dizer já se chegou a essa conclusão que acho que é um ponto positivo.”*

Vemos acima um exemplo do que o pensamento heideggeriano chama de solicitude, ou seja o cuidado com o outro de forma que ele possa assumir seu próprio caminho, onde não existe a dominação de um pelo outro, propiciando o amadurecimento e a possibilidade do encontro consigo mesmo. Nessas falas de Petúnia, percebe-se o movimento do homem levando os outros ao seu próprio cuidado, transformando-o em solicitude, onde o encontro com o outro integra-o no universo do cuidado (Silva, 1991).

Outro exemplo de solicitude pode ser desvelado na fala:

*“Esperarei tá melhor ao menos, que não se prolongue a doença, mesmo que eu tenha que ir no laboratório me tratar, acredito que venha com mais esperança.” (Jasmim)*

O discurso diz que Jasmim compreendeu a necessidade de continuar seu tratamento para poder controlar sua doença, e esse aprendizado só pode ser conseguido com o cuidado autêntico do outro, aquele que permite ao ser responsabilizar-se por seu existir. Além disso, neste discurso também se desvela o existir autêntico, com a aceitação da doença como uma facticidade, e que não se

fecham suas possibilidades de existir e ser, mesmo que precise do outro. Isso revela, também, a característica do existir em conaturalidade do ser humano.

A preocupação, que possibilita ao homem o universo do existir, tornando sua vida significativa, já que ser-no-mundo é cuidar, é ser zeloso e preocupado (Heidegger, 1993), também se manifesta em outras falas:

*“Pra mim não voltar pra cá né? de novo. Eu não quero voltar.”* (Bromélia)

*“Ah! Que agora eu vou te que me cuidar, bem mais, pra não voltar de novo essas doença né?”* (Orquídea)

Nos discursos acima, emerge essa preocupação, essa necessidade de haver zelo e cuidado com o existir, evidenciando o aprendizado de assumir a condição de ser-no-mundo, vivendo de forma autêntica, preocupando-se com o fato de estar entregue aos acontecimento do mundo.

Outra condição que se desvela dos discursos e que possibilita o resgate do ser no mundo, é a compreensão. Compreender, para Heidegger (1993), é um modo de ser do homem que está aí no mundo, é uma possibilidade de existir para si em função de si mesmo. Este modo de ser permite atribuir significados para a relação com os fatos da vida. Portanto, compreender tem uma finalidade orientadora, pois denota a característica permanente do homem poder ser uma coisa ou outra em sua existência.

Este existencial pode ser ilustrado abaixo:

*“E foi passando os dias, eu fui voltando a mim, assim, voltando a minha lucidez, e comecei a aprender muita coisa aqui dentro, muita coisa. Que eu sou um alcoólatra e um dependente químico.”* (Cravo)

Esta fala desvela a compreensão de Cravo a respeito de sua condição no mundo, ou seja, o modo como ele experimenta, enfrenta e se expressa diante dos

eventos a que está afeto, como ser dependente químico. No entanto, compreender esse fato não significa submeter-se a ele; pode representar uma possibilidade de existir de forma autêntica, projetando-se para suas possibilidades (Crossetti, 1997).

Mais adiante, em seu discurso, Cravo continua expressando essa compreensão de suas possibilidades de ser:

*“[...] se a gente mal se sente né, angustiado, às vezes, se sente triste, todo mundo passa por isso e a maioria das pessoas não bebe, não se droga por causa disso né? E foi uma das coisas que eu aprendi mais, assim, que eu não preciso, que eu posso conviver com isso. Que é um sentimento normal que todo mundo tem. [...] E aqui, passando, passando, e agora eu to legal, to calmo, to tranqüilo, não to depressivo, to sem angústias, to feliz, to, to me sentindo com forças pra lutar contra minha adição as drogas e essa internação fez vê isso que, que as pessoas, todo mundo convive com, com isso.”*

Desvela-se, ainda, no discurso de Cravo, toda a compreensão de possibilidades de existir sem o uso das substâncias que causam problemas para ele, vislumbrando, com esse entendimento, um novo projeto de vida, outra estrutura de poder ser da existência (Heidegger, 1993), assim como seu existir autêntico.

A compreensão também aparece na fala:

*“Assim como havia da minha parte um preconceito meu, baixar e tratar.”* (Petúnia)

Neste discurso, emerge o entendimento que Petúnia faz de ser no mundo. Com o reconhecimento de seu próprio preconceito em relação à internação psiquiátrica hospitalar, se desvela o aprendizado vivido nesta experiência, apontando para a possibilidade do existir autêntico (Heidegger, 1993).

Neste sentido, vemos que na fala:

*“Porque a vida é fácil, não tá, não tá fácil, é uma selva, é um jogo, tem que aprende a jogar.”*  
(Lírio)

também aparece a compreensão das possibilidades de ser, de aceitar o fato de que a existência nem sempre é fácil, mas também se desvela um sentimento de revolta com esta condição, denotando ambigüidade com a compreensão, além da impressão de descuido e despreocupação por parte do outro.

Já na fala:

*“Assim em relação a internação né, ficasse, desse só pra posar e ficar todo o dia na rua, isso seria melhor, mas te que posar assim, passar final de semana, sem vê tua família. Ah, passar a semana inteira trancado né?”* (Lírio)

emerge uma não aceitação, ou uma não compreensão da internação psiquiátrica hospitalar. Não compreender significa não aceitar um modo de o ser existir, não reconhecer ser competente para fazer algo, não vislumbrar potencialidades de ser e de conhecer aquilo do qual é capaz, revelando um modo inautêntico de existir (Silva, 1991). Também se pode interpretar o discurso de Lírio pelo olhar de que este não compreende o fato de ter uma doença, necessitar ser cuidado por outros, e ver a doença como facticidade, com possibilidades de ser.

Outro existencial que emergiu dos discursos é a compreensão do reconhecimento do viver de forma inautêntica, que pode ser ilustrada pela fala:

*“Sabe eu, as mentiras que eu inventava, as coisas que eu inventava pra minha família, assim, por exemplo, eu não tava mentindo pra eles, eu tava mentindo pra mim mesmo. Eu tava me enganando assim.”* (Cravo)

Emerge acima, o desvelamento do modo de existir inautêntico, identificado por Cravo. Neste modo de existir, o homem esconde-se atrás das palavras, no caso, as mentiras, tranquilizando-se com uma impressão passageira que

pode ser corrigida constantemente, tornando o encontro com o outro destruído em prol de uma representação anônima. O existir passa a ser um constante não se comprometer (Silva, 1991). Cravo mergulhou neste existir inautêntico, e a internação psiquiátrica hospitalar propiciou-lhe um resgate do existir autêntico, ou seja, viver de acordo com o seu próprio modo de ser, aceitando as possibilidades de seu existir (Silva, 1991).

Esta compreensão se desvela em outro trecho de seu discurso:

*“E agora, nesse momento de lucidez, assim eu consegui vê isso e aprendi a confiar em mim, confiança em mim mesmo. Porque, Ah, eu perdi tanta coisa, perdi tanta coisa, tanta coisa e... (silêncio)”* (Cravo)

A fala de Cravo desvela o oculto no aparente, ou seja, a possibilidade de escutar-se a si mesmo. A escuta só existe quando acontece a compreensão, e neste sentido, o silêncio pode ser entendido como outra possibilidade do discurso (Silva, 1991), pois o homem fala mesmo quando se cala, já que no silêncio existe um sentido (Heidegger, 1993). Cravo, nas reticências, expressa este silêncio como discurso, denotando sua capacidade de escutar a própria fala, e rever o seu próprio existir. Também a temporalidade fica desvelada, com o entendimento de que as perdas do passado levaram à diminuição de sua autoconfiança, mas que, ao mesmo tempo, fazem parte da compreensão do seu existir autêntico, na construção do presente e do futuro.

Esta noção de temporalidade também se desvela em outra fala:

*“...Eu tô indo embora agora, semana que vem, tô levando tudo isso que eu aprendi comigo.”* (Cravo)

Neste discurso aparente, desvela-se no oculto a construção do futuro que está intimamente relacionada ao passado e presentes vividos, e que, num dado momento, estas dimensões temporais se mesclam, evidenciando o contínuo do existir (Crossetti, 1997).

À condição de ser no mundo vivenciado no aprendizado com a internação, se desvela também outro subtema nos discursos dos sujeitos: ambiente do cuidar.

### 5.2.2 Ambiente do cuidar

O fato de internar-se em uma unidade psiquiátrica e precisar tratar-se demonstra a aceitação da necessidade de ser cuidado pelo outro, de utilizar os recursos disponíveis no mundo do cuidar e de se deparar com alguns limites de poder ser nesta realidade.

No mundo, dentro da ótica existencialista, encontram-se não só os objetos materiais mais próximos dos seres, mas também, os sentimentos e as idéias sobre estes objetos. O homem se utiliza deles, já que são instrumentos para algo (Crossetti, 1997; Vattino, 1995) No discurso dos sujeitos deste estudo, emergem falas que desvelam essa realidade.

Na fala:

*“É o lugar certo pra tratar os que sofrem de esquizofrenia, de drogas e álcool. É certo que tenha ter mesmo, realmente, uma internação.” (Jasmim)*

tem-se um exemplo desta visão útil dos objetos. Jasmim aponta como “[...] lugar certo para tratar [...]”, ou seja, o ambiente do cuidar, com suas condições para tratar e cuidar, é um instrumento para algo, ou seja, a internação psiquiátrica hospitalar. Há o reconhecimento da natureza prática do tratamento. Mais do que o entendimento de sua necessidade teórica, existe a vivência de sua utilidade (Heidegger, 1993).

Neste sentido, cada objeto tem seu lugar no mundo, constituindo numa implicação determinada por sua utilidade (Heidegger, 1993). No discurso abaixo, o objeto é o tratamento, o uso da medicação:

*“Ah, como é que, organizar assim, os pacientes pra tomar remédios né, tomar remédios, organizar os remédios... (silêncio) organizar os remédios.”*  
(Orquídea)

Na visão de Orquídea, o tratamento tem por finalidade a organização não só dos pacientes, mas dos próprios constituintes do ato de tratar-se. A organização é uma tônica em seu discurso. Percebe-se em suas reticências o silêncio que representa a escuta de qual é sua compreensão do ambiente do cuidar. Em seu mundo vivido da doença, e da internação psiquiátrica hospitalar, desvela-se o reconhecimento do ambiente do cuidar como um espaço de reestruturação.

Por outro lado, há o entendimento de que se tratar também pode representar ter que lidar com os limites impostos por estar experimentando a condição de doente, e a internação psiquiátrica hospitalar:

*“Tem um lado ruim, por causa dos remédios, horário da comida, horário da refeição, horários...”*  
(Orquídea)

A ambigüidade entre o existir de forma autêntica e existir de forma inautêntica (Heidegger, 1993) fica desvelada nesta fala. Ao mesmo tempo que, no discurso anterior, Orquídea reconhece o ambiente do cuidar como um espaço de reestruturação, pelas mesmas razões o entende como limitante. A organização, vista anteriormente como uma necessidade, nessa fala se desvela como ruim, manifestando a dualidade permanente em que o homem se encontra. Além disso, pode ser saudável um certo relativismo ao entender os fatos, pois isso pode permitir recuar perante à realidade e as próprias ações (Silva, 1991).

Um significado diferente pode ser encontrado no discurso:

*“A minha primeira internação, simplesmente não teve nenhum tipo de influência no meu dia a dia, após a internação, no caso, repercutiu negativamente, não só a internação, porque foi o primeiro motivo que eu internei aqui, foi que eu internei lá. Não há aquela preocupação depois. Como a pessoa vai encarar o dia a dia? Né? Será que as pessoas tem realmente estrutura, né?” (Petúnia)*

A interpretação do discurso desvela que houve um modo inautêntico de viver a primeira internação psiquiátrica hospitalar, e, na ótica de Petúnia, não houve compreensão de sua finalidade, expressando a não aceitação da internação, de viver a facticidade de sua doença, ou seja, entregando-se a ela e aceitando ser tratada. Também se desvela de suas palavras, o sentimento de não ter sido cuidada, de não preocupação do outro com sua condição, sendo a primeira internação psiquiátrica hospitalar, e por conseqüência, o ambiente do cuidar, entendidos como não solicitude (Heidegger, 1993). É interessante a contradição que se manifesta nesse discurso, pois mesmo que Petúnia não compreenda a finalidade de sua primeira internação psiquiátrica hospitalar, havia um desejo, por parte dela, de ser cuidada.

Também está presente a noção de temporalidade como um dos significados do ambiente do cuidar:

*“[...] isso tudo impressiona negativamente, porque eu voltei pra cá com os mesmos problemas e com uma bagagem negativa a mais, uma internação psiquiátrica no Hospital Espírita.” (Petúnia)*

*“Meu tratamento, é um tratamento que não tem fim. Eu aprendi que eu que, eu que sou dependente de álcool, de drogas e que é uma doença que eu vou levar comigo pra a vida inteira. Vai ser sempre a mesma luta um dia após o outro.” (Cravo)*

A clara atribuição dada ao interlace passado-presente-futuro é um dos elementos destes discursos. Petúnia e Cravo expressam, com suas palavras, a noção de temporalidade tal qual é defendida pelo pensamento existencialista heideggeriano. O passado, neste caso, a primeira internação psiquiátrica hospitalar de Petúnia,

contribuindo de forma negativa para que possa compreender o ambiente do cuidar na segunda internação psiquiátrica hospitalar. A construção deste significado para Petúnia está permeada por essa vivência do passado, e pode ter colorido de forma diferente esta experiência. Para Cravo, existe uma aceitação da condição permanente de sua dependência química, e isto lhe aponta para a necessidade do tratamento ser contínuo, acenando para a perspectiva de sua condição de doente crônico, expressando sua noção de tempo relacionado ao tratamento.

O ambiente do cuidar também significa retomar sua condição no mundo:

*“Acho que cai na real um pouco, porque né, consegui botar os pés no chão, assim aterriza dessa viagem que eu tava.” (Cravo)*

Neste discurso, o ambiente do cuidar é percebido como um espaço que possibilita uma retomada do existir. O homem volta a se ocupar de suas coisas, e assume sua condição de próprio, descortinando um horizonte a ser conhecido, inclusive a autoconsciência (Garcia, 1994). Nesta fala, a consciência que desperta é a da autenticidade, que se expressa e que se concretiza no momento em que Cravo consegue dar-se conta de sua condição de dependente químico, retomando a rédea de seu existir e se responsabilizando por isto.

Do discurso de Orquídea emerge um significado do ambiente do cuidar manifesto como uma metáfora. Heidegger (1993) considera que os poetas e os pensadores ousam correr o risco das incertezas da linguagem. Silva (1991) pontua que o dizer do poeta é mais livre, sua linguagem fala por si mesma, propondo a escuta dos que conseguem ouvi-la:

*“E tá aqui na unidade também, Ah... É assim ‘como um poema na tarde’, como um descanso também.” (Orquídea)*

A fala acima manifesta o acolhimento percebido por Orquídea em sua internação psiquiátrica hospitalar. Em sua simplicidade, expressa a calidez e a

solicitude que experienciou, e que fez com que atribuísse este significado ao ambiente do cuidar.

O acolhimento, desvelado acima, expressa a experiência vivida pelo cliente, ou o estar-com, do cliente com a equipe de saúde, na internação psiquiátrica hospitalar.

### 5.2.3 *Estar-com a equipe*

No mundo do cuidar no universo hospitalar, as equipes de saúde estão, muitas vezes, estruturadas para atender demandas da instituição que representam. Outras vezes, se organizam para que o processo de cuidar possa se dar de forma transpessoal, colocando o cliente no centro de sua prática.

Para Heidegger (1993) é o cuidado que descortina para o homem o universo de existir, portanto, o homem está sempre direcionado para uma observação cuidadosa do mundo. Nos discursos dos sujeitos deste estudo isto é desvelado em vários momentos.

Chama a atenção os discursos:

*“Senti uma melhora, senti uma melhora porque eu sinto mais seguro de mim mesmo por estar assim tratado né? por médicos, enfermeiras, pessoas capacitadas.” (Jasmim)*

*“Ah, aqui eu tenho, eu tenho assim psicólogos, sempre... psicólogos, tem uma terapia né? que sempre que eu não preciso, quando dá as crises.” (Orquídea)*

Manifesta-se nas falas acima, o entendimento de que o homem, estando no mundo, se encontra em estado de solicitude. Isto significa relacionar-se com o outro de forma significativa e envolvente. É pelo cuidado que podem se abrir as vias do encontro. É o cuidado que caracteriza o homem livre. (Silva, 1991). Na falas de

Jasmim e Orquídea emerge a tranquilidade de saberem-se cuidados por uma equipe de saúde, por pessoas capacitadas. A busca da cura representa o cuidado, no esforço que o homem faz para adquirir autenticidade (Silva, 1991).

Por outro lado, o cliente pode sentir-se insatisfeito, por experienciar o descuido, a despreocupação e a negligência, que caracterizam os homens não livres (Silva, 1991). Isto pode ser ilustrado na fala:

*“Ah! eles são muito assim Ah, fracos, em, como é que eu vou dizer, em ajuda humana prá gente, né? São muito fracos nisso. [...] é como se simplesmente eles jogassem várias pessoas, com vários problemas lá dentro, né, ai tá, as pessoas tão com um certo nível de estabilidade emocional, vão pra casa, mas termina ali, entendeu?” (Petúnia)*

Neste discurso se desvela a compreensão do não-cuidado. Da fala de Petúnia emerge que, em sua primeira internação psiquiátrica hospitalar, vivenciou a negligência, o descuido e a despreocupação por parte da equipe de saúde. Fica explícito que se refere à questão da impessoalidade no atendimento recebido, sentindo-se absorvida na consciência da massa, sendo-lhe negado o reconhecimento de sua própria condição de ser humano, tornando-se anônima (Waelhens, 1986).

Outro significado que emergiu em relação à visão da equipe de saúde pode ser ilustrado na fala:

*“Eu, não tá sendo fácil, porque sei lá, né, é uma sensação de tá preso, uma sensação né? De não ter a palavra verdadeira, assim que não tem tipo muito... (silêncio) Ah, como é que eu posso dizer, não tem muito... (silêncio) Ter alguém pra competir assim, tu fala todos os enfermeiros, tipos os enfermeiros tem que tê sempre a razão, tem que concordar, ou mesmo tu tendo a razão, tu não pode falar o que tu tá sentindo. Ah, meu modo de pensar. E não tá sendo fácil, mas são, são, é uma equipe boa, são bons, é o trabalho deles, mas pra mim pela primeira vez não tá sendo fácil.” (Lírio)*

Manifesta-se neste discurso a solicitude negativa. Emerge a compreensão da presença de outros e da relação destes com o existir de cada um como uma forma de ser. Também se desvela o poder da equipe de enfermagem, e a força da palavra, neste caso, a palavra da equipe de enfermagem, entendida, por Lírio, como prevalente a dos clientes. Ao falar o homem recolhe as significações do mundo e o discurso explicita estas significações (Silva, 1991). O homem fala mesmo quando se cala, pois no silêncio existe um sentido (Heidegger, 1993). Nesta lógica, pela fala de Lírio, seu silêncio teve que ser exercitado por não ver possibilidades de ser escutado. O discurso da equipe de enfermagem foi vivenciado como o discurso oficial, e o cliente destituído da “*palavra verdadeira*”, atribuindo a verdade à palavra da equipe. Dessa forma, o cuidado não pode se concretizar, pois não se criam as condições para que o homem assuma seus próprios caminhos. Por isso, para Lírio, estar-com a equipe se reveste de uma função reguladora do discurso, desvelando o poder da equipe sobre os clientes.

O homem enquanto um ser sendo, existe. Este existir está permeado pela temporalidade. A temporalidade, na ótica existencialista, é uma relação dialética entre o tempo cronológico e o tempo do mundo vivido, o tempo fenomenológico.

### **5.3 O presente projetando-se no futuro**

O mundo é construído pela cotidianidade do existir. Ao se existir, vive-se a conaturalidade, ou seja, compartilhar experiências com o outro e estar atento e preocupado com o outro e consigo mesmo. O tempo, que permeia o existir, é um tempo dinamicamente relacionado. O ontem se projeta no amanhã, e faz parte da construção do hoje. Neste tempo, se manifestam as preocupações do homem com a construção de sua existência. Os sujeitos desse estudo manifestaram-se em relação a este tema em *família, possibilidades de realização, e expectativas e projetos*.

### 5.3.1 Família

A família pode ser entendida como a representação que tem como centro o ser-com-o-outro (Crossetti, 1997). Os integrantes da família estão no mundo vivido da internação psiquiátrica hospitalar, seja na figura dos filhos, do marido, da esposa, ou de outros familiares. Os discursos dos sujeitos deste estudo dão sentido a esta constatação:

*“Eu já to com visita né, tem meus irmãos que mora aqui. Então, é só por pouco, né? Tá, eles vem, vão, tem que parar de trabalhar pra me visitar, trazer roupa limpa. Ah, trazer uma coisa pra comer e vim pra passear. Agora, eu também vou pro passeio né? Depois dos vinte, faz vinte e seis dias hoje, que eu to sendo internação, e sei lá acho que é isso aí.” (Lírio)*

A fala acima desvela a importância atribuída por Lírio ao fato de poder ser cuidado por seus familiares, mesmo durante sua internação psiquiátrica hospitalar. Ao mesmo tempo emerge uma preocupação pela mudança na rotina de seus irmãos, e a possibilidade do encontro com eles. Para Heidegger (1993), o homem é essencialmente em função dos outros. Os outros são aqueles com os quais existe semelhança, há o encontro e também significam a possibilidade de igualdade do ser, enquanto ser-no-mundo, vivendo de forma compartilhada. No discurso de Lírio há o desvelamento deste significado existencialista.

A preocupação com a família, também relacionada ao viver compartilhado, pode ser ilustrada nestas falas:

*“Pra mim, pros meus filhos, pros meus familiares isso repercutiu negativamente, assim eu via, né, assim eu vi né, que eu vejo isso, né. E como precisei da segunda internação, né. Ah... Porque que eu tinha que internar de novo? Pra quê? Prás pessoas ficarem falando: ah! Ela internou de novo lá no psiquiátrico.” (Petúnia)*

*“Eu tenho que ver como isso reagiu com relação aos meus filhos também, porque isso depende, eles, também, pode tá de repente até desiludidos: Ah! Tem*

*que baixar de novo. Será que ela vai fazer aquilo de novo. Quer dizer, eu vou ter que ter muito jeito, muito tato pra passar pra eles que as coisas vão ter que ser modificadas, não vão continuar assim, pra que isso não aconteça mais. Tem que ter muito cuidado com isso né?” (Petúnia)*

*“[...] eu vou cuidar da família, vou cuidar um pouquinho melhor da família, comigo mesmo.” (Jasmim)*

Pelos discursos acima pode-se entender que a afetividade como uma dimensão constitutiva do ser-no-mundo não é um aspecto puramente acidental do homem. Trata-se do próprio modo do homem perceber as coisas e sua forma original de compreender o mundo (Heidegger, 1993). Petúnia expressa seu cuidado com os filhos, com a família, demonstrando estar afeta, preocupada com a repercussão que suas duas internações psiquiátricas hospitalares possam ter para sua família, ao mesmo tempo que também deixa transparecer, nas entrelinhas, sua forma de compreender essa necessidade. Jasmim descortina a possibilidade de cuidar melhor da família e dela mesma. Existe uma completa integração de Petúnia e de Jasmim pelo fato de sentirem-se pertencentes a uma família e preocupadas em relação a elas.

Por outro lado, vê-se que na fala:

*“Eu vou procurar mudar todas aquelas coisas que eu poder mudar, e as coisa que eu não poder mudar, por exemplo, como eu tenho HIV positivo, e perdi minha mulher, perdi filha, perdi minha filha não, minha filha eu ainda tem como eu reconquistar assim, mas... (silêncio) as coisas que eu perdi que não tem mais como recuperar, que já era, eu tenho que conviver com isso.” (Cravo)*

já não existe o sentimento de estar-com, já que aparece a perda de parte da família. A autenticidade emerge nesta fala, pois o fato de Cravo compreender sua condição de ter perdas recuperáveis e outras não, desvela a aceitação de sua condição no mundo, com todas suas possibilidades.

O mesmo desvela-se em outra fala:

*“[...] eu conversei lá com a doutora e ela me disse assim, uma outra coisa que eu tenho que fazer, além de resolver as coisas na hora, eu tenho problemas grandes de relacionamento no meu casamento. Então, eu tenho que fazer isso, se é pra separar, pede pra separar, se não é pra separar, então vamo senta, vamo conversar, vamo botar os pingos nos iss, entendeu?”*  
(Petúnia)

Emerge, do discurso acima, que a família, neste caso, o marido, dentro da situação do tratamento, junto-com Petúnia, fazendo parte do seu mundo vivido da internação psiquiátrica hospitalar.

Mesmo que as preocupações com a família ocupem boa parte dos discursos dos sujeitos deste estudo, o trabalho também surge como uma inquietação relevante, tendo em vista suas implicações, seja com a questão da manutenção ou sustento dos clientes, seja por representar um modo de ocupação do ser humano.

### **5.3.2 Possibilidades de realização**

Em qualquer estágio do ciclo vital um indivíduo encontra-se envolvido numa estrutura de relacionamentos e perspectivas que influenciam sua formulação de objetivos e auto-imagem (Kaplan; Sadock e Grebb, 1997). Dentro dessa estrutura, a profissão tem um papel relevante. Poder continuar se realizando pessoal e profissionalmente torna-se importante, pois isto pode representar, após a alta hospitalar, uma condição que possibilite recuperar a situação de ser-no-mundo, de não ser mais considerado alguém em sofrimento psíquico. Ter saúde pode ser considerado um requisito fundamental para participar do mundo do trabalho. Os sujeitos deste estudo tem uma percepção a respeito disto.

Chama a atenção a fala:

*“Um medo que eu tenho, que isso venha a influenciar no meu trabalho, tenho medo. Porque eu trabalho no Estado, eu tô dentro do estágio probatório*

*né, e eu não sei se isso pode ficar negativamente né, até pode. Não sei como é que eles vão ver isso né. Eu espero que não, mas é uma coisa que a gente sempre fica com medo, né? Eu vou terminar o estágio em novembro. Então, até lá eu vou ficar na ansiedade, né, mas aí eu tenho que ter o meu controle pra que isso não me afete também.” (Petúnia)*

Na vinheta acima, se desvela o medo. Heidegger (1993) postula que o medo está relacionado a um perigo concreto, e se manifesta face a uma situação que pareça ameaçar o ser e o impossibilita de reagir contra. Petúnia sente-se ameaçada pelo fato de ter internações psiquiátricas hospitalares e teme que isso possa influenciar em seu estágio probatório.

Este sentimento pode ser interpretado na perspectiva existencialista, pois ao se compreender o ser do homem, há a compreensão dos outros, pois o ser é ser-com, é convivência. No ser-com estruturam-se relações entre pessoas. Cada homem tem, em si mesmo, um entendimento do ser e com ele se relaciona. Em consequência disso, na relação com os outros, o homem faz uma projeção do ser-próprio, como num jogo de espelhos. O conhecimento dos outros vai depender, então, do alcance em que o próprio ser compreende a si mesmo (Silva, 1991). E é este conhecimento que se desvela na fala de Petúnia. Pelo jogo de espelhos, há uma projeção de sua própria compreensão sobre sua condição de ter internações psiquiátricas hospitalares, e o sentimento de medo desvela este entendimento.

Esta compreensão pode ser compartilhada em outra fala:

*“É pode acontecer, assim, sei lá, ou eu ir trabalhar num lugar e me da isso, pô, o cara que vai perguntar, o que que tu tem? Pô, eu tô angustiado, eu tô depressão, tô tremendo, porque tu tá tremendo, sei lá, eu sai fora de mim, assim eu fico com medo, eu saio, não consigo conversar e me ataca os nervo. Então, eu tenho medo que isso aconteça lá fora e que alguém use isso contra mim, de eu já ter sido internado, alguém que nunca foi, quer dizer um voto pra ele né?” (Lírio)*

Pode-se interpretar da fala de Lírio que, através do jogo de espelhos, do uso do duplo, há medo de que possa ser preterido no trabalho por já haver tido internação psiquiátrica hospitalar. Na lógica existencialista, isto pode ser entendido como a projeção de seu próprio conhecimento sobre si mesmo.

Outro sentimento aparece em relação à profissão:

*“E não conseguia fazer nada. Daí agora não, agora eu, agora eu internada aqui, eu, digamos que eu melhorei sessenta por cento e vou poder, Ah assim, me organizar nos horários, eu vou poder seguir minha vida, passar num, seguir meus estudos né. Que uma, bah eu tô aqui, como é que eu não consegui sofrer internações, não agüentava. Cada vez eu estudava diminuía mais a nota. Ah! Sabe meu rendimento, e eu não sabia o que era.” (Orquídea)*

Na fala acima, desvela-se um significado da internação psiquiátrica hospitalar contribuindo para a possibilidade de continuar estudando, mediante a reorganização da vida acadêmica. Orquídea tem o entendimento de que, antes de internar, seu rendimento nos estudos não era bom. Com isso, desvela uma compreensão de sua condição de ter uma doença (Heidegger, 1993). A internação psiquiátrica hospitalar significa, nesse caso, uma possibilidade de retomada em seu projeto de vida.

Esta compreensão também é compartilhada em outro discurso:

*“Procurar trabalhar, ver uma ocupação, esperarei tá melhor também.” (Jasmim)*

Jasmim, como Orquídea, vivencia a internação psiquiátrica hospitalar como uma possibilidade de existência autêntica, e poder trabalhar é relacionado ao fato de estar melhor, em condições de saúde que permitam assumir o compromisso de um projeto de vida.

Nesta linha de pensamento, os sujeitos deste estudo também revelaram preocupações em relação ao que está por vir, ao que está adiante de si, projetando

para o futuro planos construídos nessa sua vivência de internação psiquiátrica hospitalar.

### 5.3.3 Expectativas e projetos

Em geral, os indivíduos demonstram capacidade para ajustar-se às mudanças existenciais se possuem mecanismos de defesa maduros, e se conseguem usar recursos próprios para desenvolver sua capacidade para adaptação. Os sujeitos deste estudo desvelam essa possibilidade em seus discursos.

Chama a atenção a fala:

*“Eu tenho que resolver meus problemas, que no caso, meus problemas de relacionamento são os que mais me afetam, uma coisa que eu tenho que sentar com meu esposo e resolver. Não deixar que a coisa continue. Eu sei que não vai ser fácil, isso eu sei, mas eu tenho de resolver, não sei se vai ser separar ou se vai ser ficarmos juntos, mas que a gente tem que botar, vamos dizer assim, botar ali né, escrever e botar tudo direitinho: que a gente vai fazer e não vai fazer. Se a gente resolver ficar junto, quais são os problemas que estão nos afetando, né? Porque é o fator mais importante atualmente que me afetou né. Porque como eu disse pra doutora assim, porque hoje em dia, tem muitos casais que se separam tão fácil né, eu, por exemplo, tenho quatro filhos. Já me separei outra vez, só que afetou.” (Petúnia)*

Petúnia tem um discurso permeado pela afetividade. Na conaturalidade da existência, o homem revela, pela afetividade, sua tonalidade afetiva, sua capacidade de se encontrar e de sentir-se dessa ou daquela maneira. É um modo de ser do homem se abandonar ao mundo e por ele se deixar tocar. Na situação afetiva, o homem vê o mundo através de uma perspectiva com disposições emotivas, como a alegria, o medo, o desinteresse, o tédio e outros sentimentos (Silva, 1991). Isto pode ser ilustrado na fala de Petúnia, onde se desvela este significado. Suas expectativas e projetos em relação à internação psiquiátrica hospitalar, que estão relacionados a

resolver problemas de relacionamento conjugal, emergem com a conaturalidade de seu existir.

Em outros discursos, aparece o cuidado consigo mesmo como significado para as expectativas e projetos:

*“Eu vou me cuidar bem, pra não acontecer isso que aconteceu. Pra mim não voltar pra cá né? de novo. Eu não quero voltar.” (Bromélia)*

*“Deixar os vícios, não beber mais, fazer todo o esforço possível pra não voltar novamente. Se eu cometer o mesmo erro, cai novamente aqui na internação.” (Jasmim)*

*“Eu quero viver bem só, viver feliz e inteiro. Eu acho que vou procurar me amar um pouco, que eu não fiz esse tempo todo. Nunca gostei de mim. E, vou me deixar me amar um pouco pra ser feliz, o resto que vim, me sobra.” (Cravo)*

As falas acima desvelam que, sendo no mundo, o homem tem a possibilidade da solicitude em relação aos outros e em relação a si próprio. É a solicitude que permite o relacionar-se com o outro de forma significativa e envolvente, incluindo seriedade, deliberação, consideração e paciência com o outro, de forma a possibilitar que ele assuma seus próprios caminhos (Silva, 1991). Na fala de Cravo é possível perceber este modo de ser, pois só uma atitude de solicitude poderia ser compreendida em seu desejo de felicidade. Nos discursos de Jasmim e Bromélia, isso pode ser desvelado pela vontade de se cuidar, não cometer mais os mesmos erros e precisar reinternar.

A solicitude, como uma postura para a existência também se desvelou na seguinte fala:

*“Vou viver ou morrer, eu tô optando pela vida, né, então por isso que eu tô aqui. Eu mesmo vim, eu mesmo assinei, eu mesmo pedi pra ser internado. Então, eu acho, que eu quero mudar, eu quero mudar, eu não sei assim, não nasci com essa droga no corpo,*

*não nasci com essa porcaria. Sei lá, o que me fez usar, não sei se foi pretexto do pai beber, ou se sem-vergonhice mesmo, não sei, o fato é que usei. Agora, não cabe mais que...” (Lírio)*

Lírio expressa as expectativas e projetos decorrentes da internação psiquiátrica hospitalar significando uma retomada em ser dono de seu próprio destino, optando por viver de forma autêntica, deixando as palavras vazias para assumir sua condição de ser no mundo.

Também a temporalidade se manifesta no que diz Lírio:

*“Já tá posto na vida, eu quero pensar no futuro. Agora, o passado, posso pegar só a experiência, que voltar a elas e mudar ele, eu não posso. Então, o futuro ainda tem uma esperança. Então, eu acho que, eu quero seguir em frente ver, que, que pode ser feito, e tentar mudanças né?”*

Neste discurso, emerge no aparente o sentido oculto de que o homem é um ser de esperança. Esta esperança se constrói à medida em que o homem está adiante de si e tem possibilidades de existir de forma autêntica. O futuro nasce da relação dinâmica entre presente, passado e futuro, pois o homem vai construindo seu existir, vai ao futuro sempre a partir de seu passado. É um exercício que aproxima o viver fenomenológico do tempo cronológico, e que descortina as possibilidades de ser do homem na direção do existir autêntico (Crossetti, 1997).

Partindo de uma perspectiva existencialista dos significados da internação psiquiátrica hospitalar para o cliente, se interpretou hermeneuticamente os discursos que revelaram estes significados: *o mundo vivido da internação psiquiátrica hospitalar, aprendendo com a internação e o presente projetando-se no futuro.*

Para melhor compreensão dos significados da internação psiquiátrica hospitalar sob a ótica dos clientes, apresenta-se na Figura 1 o que se desvelou nos discursos dos sujeitos:



Figura 1:

Os significados da internação psiquiátrica hospitalar para o cliente.

Kohlrausch, 2000.

#### 5.4 Refletindo o mundo do cuidar na internação psiquiátrica hospitalar

Ao abordar, neste estudo, a internação psiquiátrica hospitalar na ótica dos clientes, tenta-se focar o homem como centro da prática do cuidado, já que este evento se dá no mundo do hospital, estruturado com regras próprias. O cliente é introduzido nesta realidade, levando consigo as vivências e experiências de seu mundo, vivendo em conaturalidade com este ambiente, ao qual ele atribui os significados que compreende: *o mundo vivido da internação psiquiátrica hospitalar, aprendendo com a internação e o presente projetando-se no futuro.*

O ser em sofrimento psíquico precisa ser entendido e ouvido nesta experiência de adoecer. Por muito tempo, foram considerados possuídos pelo demônio, confinados em asilos, muitas vezes acorrentados, e afastados do convívio da sociedade. Os hospitais psiquiátricos eram construídos longe das cidades, para que a loucura ficasse circunscrita, contida em um ambiente em que parecia não haver cuidado, e, sim, exclusão.

Este comportamento não está restrito aos tempos antigos. Ainda hoje, aquele que passa por sofrimento psíquico é visto como diferente, olhado com preconceito, estigmatizado. Em nosso mundo, os manicômios estão abertos, e a Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica, de 1992, ainda não conseguiu ser implantada completamente, ainda que o Rio Grande do Sul seja um dos estados mais adiantados nesta matéria.

O problema social trazido pelo sofrimento psíquico é relevante, já que o adoecer interfere na vida, na relação com a família, na relação com o trabalho, em todo o cotidiano daquele que adocece. E, ainda traz junto, o fato de precisar, muitas vezes, sair do ambiente domiciliar para internar num hospital, interromper suas atividades, sua rotina de vida, entrar em outro mundo, onde tudo lhe é diferente.

O mundo do hospital, sendo um ambiente relacional, muitas vezes tem o eco da sociedade acerca do que é um doente mental, isto é, os comportamentos que fazem com que o ser em sofrimento psíquico seja discriminado e excluído também aí podem se apresentar. Como o cuidar faz parte deste mundo, pensar e repensar como se cuida e se ensina a cuidar do ser em sofrimento psíquico, deveria ser um exercício cotidiano para a enfermagem. Neste sentido, se revela a importância dos profissionais terem claro em qual paradigma se situam para cuidar, qual seu entendimento do sofrimento psíquico, qual a escuta que dão ao cliente no planejamento das ações de cuidar.

Este pensamento leva ao que foi desvelado nos discursos dos sujeitos, em que o primeiro tema que emergiu é *o mundo vivido da internação psiquiátrica hospitalar*.

A preocupação com o fato de internar, manifesta nos sentimentos dos clientes, expressa o reconhecimento da necessidade de ser cuidado por outras pessoas, mesmo que este dar-se conta possa traduzir um processo doloroso de saber-se com uma doença, e uma doença que estigmatiza e rotula, como é o caso do sofrimento psíquico. Neste sentido, é necessário que se repense sobre essa experiência como um processo singular e complexo.

A enfermagem, dentro desse contexto, tem um papel importante, à medida em que tem a possibilidade de desconstruir, no cotidiano de seu saber, fazer e ensinar, práticas que possam confirmar ou sedimentar esse rótulo temido pelo ser que vive a experiência do sofrimento psíquico.

Ao viver essa experiência, a internação psiquiátrica hospitalar é entendida como um momento em que os clientes podem reconhecer as razões que os levam a internar. Chama atenção, nos discursos dos sujeitos, a clareza com que enunciam as causas de sua internação, ou seja, o reconhecimento que tem de seu próprio problema. Mesmo que, no senso comum, aqueles que padecem de sofrimento psíquico possam ser vistos como sem crítica, funcionando fora da realidade, nos

discursos interpretados têm-se outro enfoque. Existe, nesses discursos, a manifestação do senso de realidade, da crítica em relação ao sofrimento psíquico.

Este significado parece ser fundamental para o planejamento de ações de cuidado durante a internação psiquiátrica hospitalar e para o exercício da docência, assim como para o respeito à cidadania do indivíduo. A enfermeira, enquanto responsável pela implementação das ações de cuidado, ao aplicar a metodologia do processo de enfermagem, deve levar em conta essa noção de realidade do cliente, o qual deve ser solicitado e estimulado a participar em seu cuidado. Ao mesmo tempo em que, ao ensinar a cuidar saúde mental, precisa ter esse conhecimento, gerado a partir do próprio cliente.

A participação do ser cuidado na construção do cuidado humaniza, valoriza a transpessoalidade, respeita o outro em seus valores, dá oportunidade de crescimento para aquele que cuida e aquele que é cuidado, aproximando-os, estabelecendo, assim, um encontro de cuidado, promovendo a empatia entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. Com isto, executa ações de cuidado que vão ao encontro do que quer, espera e necessita o ser humano.

Neste sentido, outro tema que emergiu da interpretação dos discursos dos sujeitos foi *aprendendo com a internação*. Mesmo que, em algumas situações, seja vivenciada como não cuidado, a internação psiquiátrica hospitalar é percebida como um espaço onde os clientes podem aprender, seja em relação ao seu problema, seja em relação a sua própria condição como ser no mundo, com capacidades, responsabilidades e possibilidades. Em que pese o estigma que pode trazer o internar em unidade psiquiátrica, existe o significado atribuído pelos sujeitos que compreendem este evento como uma oportunidade de crescimento pessoal, entendendo a facticidade do momento vivido.

Isto remete ao mundo da enfermagem. A enfermeira, como cuidadora e/ou docente, pode desenvolver ações de cuidado que contemplem este significado. Se a internação psiquiátrica hospitalar é compreendida pelos clientes como um

momento de aprendizado, que se aproveite este momento e possibilitem oportunidades para que o conhecimento possa ser compartilhado. A orientação, função exercida pela enfermeira, pode ser, dentro desse entendimento, um dos principais recursos utilizados no cotidiano de seu trabalho como uma ação de cuidar. Além disto, a enfermeira tem outro recurso para atender essa demanda dos clientes: os grupos.

Estudos têm demonstrado as vantagens do grupo como técnica para o cuidado em enfermagem (Kaplan, Sadock e Grebb, 1977; Pichon-Rivière, 1986; Taylor, 1992). No entanto, esta atividade acontece mais nos serviços de saúde pública, enquanto que no ambiente da internação hospitalar é uma abordagem mais recente, restrita às enfermeiras que têm experiência ou formação para desenvolver esta técnica.

No entanto, quando se desvela nos discursos dos sujeitos o aprendizado com a internação, o grupo aparece como uma alternativa a ser considerada, mesmo para aquelas enfermeiras que precisem adquirir as habilidades necessárias para esse tipo de técnica. O grupo é um espaço em que se compartilham experiências, troca-se conhecimento, se aprende também com o vivido, pois um cliente ensina para o outro como faz para lidar com situações que são comuns em suas vidas, e a enfermeira tem um papel de coordenadora e também de participante, não detendo o saber, mas estando ali para possibilitar essa oportunidade de aprendizado e contribuir para que ela se dê.

Utilizar o grupo como meio para a ação de cuidar é humanizar o cuidado, é deixar que a empatia norteie as experiências de aprendizado, é valorizar o cliente em seu conhecimento, é o reconhecer, de parte da enfermeira, o conhecimento do cliente. O grupo permite, ainda, que as pessoas se vejam uns nos outros e com os outros, expressando que o homem existe em função do outro e para o outro.

Apropriar-se dessa técnica em internação psiquiátrica hospitalar é uma maneira de ser modelar nas ações de cuidado. Pensando na estrutura de um hospital

universitário, como instituição formadora de profissionais, onde se tem acadêmicos de várias áreas da saúde, vê-se que o desenvolvimento de ações de cuidado humanizado é uma condição para que esses futuros profissionais possam também utilizá-lo em seu saber e fazer, respeitando, assim, o cliente como um ser que tem maneiras próprias de se expressar neste mundo, as quais merecem ser consideradas no processo de cuidar.

Este pensamento encontra respaldo no que se manifestou nos discursos dos sujeitos, onde a equipe multiprofissional, e a enfermagem, é sentida como solícita, por estar afeta aos sentimentos da clientela. No entanto, as experiências de não cuidado também foram sentidas e desveladas nas falas dos clientes.

Quando se pensa que cuidar é um dever moral da enfermagem, e se desnudam nos discursos estudados significados de não cuidado atribuídos à internação psiquiátrica hospitalar, se volta às impressões apresentadas nos primeiros capítulos deste estudo. Isto é, nem sempre o cliente se sente entendido e cuidado na internação psiquiátrica hospitalar, manifestando o fato das equipes exercerem uma relação de poder com a clientela em muitas situações, principalmente em relação ao conhecimento e ao seguimento de rotinas impessoais. Pensa-se que se a relação se dá dessa forma, é difícil que se desenvolva o cuidado humanizado, que possibilite um aprendizado, que proporcione a recuperação da saúde, condição esta desvelada nos discursos dos sujeitos como prioritária para retornarem ao convívio na sociedade, assumindo, assim, os compromissos do cotidiano dos homens.

Outro olhar sobre os discursos dos sujeitos permitiu visualizar o tema manifesto como *o presente projetando-se no futuro*, que desvelou as preocupações dos clientes em relação às repercussões que a internação psiquiátrica hospitalar possa ter em suas vidas. A preocupação demonstrada pelos sujeitos em relação à família, ao trabalho e às expectativas com o futuro expressam a conaturalidade do existir. Existe um compromisso manifesto por eles, compromisso de preocupação, de solicitude e de melhoria em sua qualidade de vida.

Também existe a manifestação de que sabem do preconceito que sofrem, de que, para aqueles que passam pelo sofrimento psíquico, as oportunidades de trabalho, de constituição e manutenção da família e filhos são diferentes daquelas oportunizadas para os que não são doentes mentais.

O fato de estarem numa sociedade em que o sofrimento psíquico ainda é um estigma, faz com que os clientes entendam e expressem este sentimento, pois, através do jogo de espelhos, do ver-se no outro, muitas vezes também discriminaram quem tem sofrimento psíquico.

Para a enfermagem, este é um significado relevante. Saber da compreensão do cliente pelo próprio cliente, desta noção de preconceito e discriminação que eles têm, pode trazer novas luzes no planejamento das ações de cuidar e de ensinar a cuidar. Como os membros da equipe de enfermagem, os acadêmicos de enfermagem também fazem parte deste mesmo mundo onde o cliente está inserido. Assim, é muito provável que as ações de cuidar, muitas vezes, sejam permeadas por essas atitudes de preconceito e discriminação, e os clientes as identificam. Neste sentido, ter um espaço onde os integrantes da equipe de enfermagem e os acadêmicos possam trocar suas impressões sobre os clientes, conversar sobre as dificuldades que sentem no enfrentamento do cuidar do ser em sofrimento psíquico, possibilita que a reprodução daquele comportamento que existe na sociedade possa ser atenuada no mundo do cuidar, aproximando mais quem cuida de quem é cuidado.

Desvelando os significados da internação psiquiátrica hospitalar se oferecem possibilidades para que se possa continuar construindo conhecimento dentro da enfermagem, no sentido da valorização do cuidado humanizado, por isto sugerimos:

- que sejam desenvolvidos estudos que investiguem a percepção dos profissionais de enfermagem a respeito da internação psiquiátrica hospitalar e daqueles que tem sofrimento psíquico;

- que continue se repensando o saber, o fazer e o ensinar enfermagem em saúde mental e psiquiatria, na busca da humanização dos manicômios internos e/ou materiais ainda existentes, com a intenção de humanizar o cuidado aos que padecem de sofrimento psíquico.

Este estudo, que possibilitou desvelar o significado da internação psiquiátrica hospitalar para os clientes, abre portas para que outras investigações possam ser desenvolvidas, pois o conhecimento, assim como o ser humano, é ilimitado em suas possibilidades.

Quando se pensa existencialmente o significado da internação psiquiátrica hospitalar, vem o entendimento de que é um momento do existir, dinâmico e interrelacionado com os outros momentos da existência, e que possibilita a retomada da saúde, do destino do homem pelo próprio homem.

Buscando compreender o significado da internação psiquiátrica hospitalar, elaborou-se, neste estudo, questões que orientaram para o conhecimento deste mundo vivido. Das respostas a estas questões emergiram construtos que estruturam este fenômeno. Compreendê-los se faz necessário para que os cuidadores possam desconstruir e construir o mundo do hospital de tal forma que contemplem os significados atribuídos pelos clientes à internação psiquiátrica hospitalar. Os significados da internação psiquiátrica hospitalar, sob o olhar dos clientes que a experienciam, retrata o modo de ser do ser humano, que tem diferentes possibilidades de existir, viver e sentir os fenômenos do mundo do cuidar na enfermagem.

*“Dado que na loucura o homem descobre sua verdade, é a partir de sua verdade e do fundo mesmo de sua loucura que uma cura é possível. Existe, na não-razão da loucura, a razão do retorno; e se, na*

*objetividade infeliz em que se perde o louco, ainda permanece um segredo, esse segredo é aquele que torna possível a cura. Assim como a doença não é a perda completa da saúde, a loucura não é a perda abstrata da razão, mas contradição na razão que ainda existe [...]"*

(Foucault, 1972, p.513)

REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS

1. ...

2. ...

3. ...

4. ...

5. ...

6. ...

7. ...



**REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS**

1. BENNER, P.; WRUBEL, J. **The primacy of caring**. Menlo Park, Califórnia: Addison-Wesley, 1989.
2. CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas – o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.
3. CASTELLANOS, B.E.P.; RODRIGUES, A.M.; ALMEIDA, M.C.P. et al. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, 1989, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ABEn, 1989. p. 147-169.
4. CASTRO, D.S. **Experiência de pacientes internados em unidade de terapia intensiva: análise fenomenológica**. Ribeirão Preto: USP, 1990. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1990.
5. COLLET, N. ; WETZEL, C. Hermenêutica dialética: um caminho de pensamento na investigação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.17, n.1, p.5-11, jan. 1996.
6. COLLET, N.; SCHNEIDER, J.F. A filosofia na formação do enfermeiro – algumas considerações. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.48, n.2, p. 150-154, abr./jun. 1995.
7. CROSSETTI, M.G.O. **Processo de cuidar: uma aproximação existencial na enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1997. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

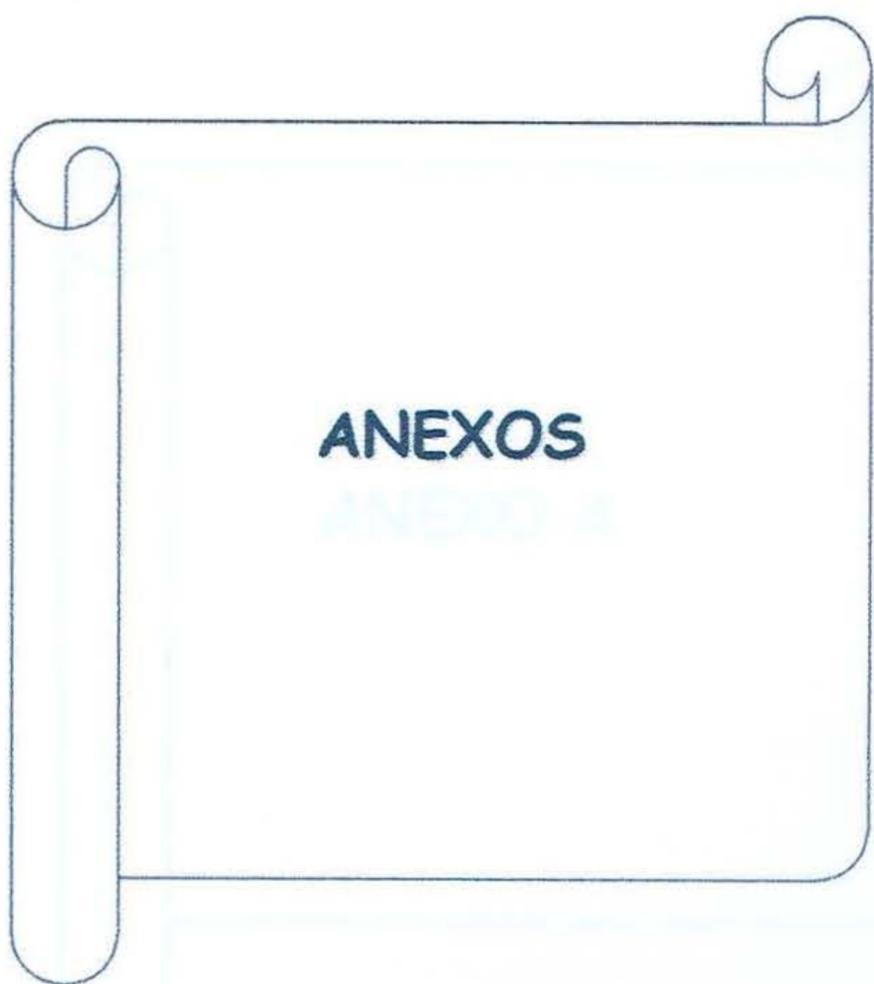
8. FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
9. FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.
10. GARCIA, R.R. **Heidegger y la crisis de la época moderna**. Madrid: Ediciones Pedagógicas, 1994.
11. GAUTHIER, J *et al.* **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
12. GONÇALVES, R.B.M. **Medicina e história: raízes do trabalho médico**. São Paulo: USP, 1979. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 1979.
13. GRAEFF, F.G. **Drogas psicotrópicas e seu modo de ação**. 2.ed. São Paulo: EPU, 1989. p.55-66.
14. HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 1993.
15. KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. Cap. 2. p.31-94.
16. LEININGER, M. **Caring an essencial human need**. Thorofore, New Jersey: Charles B., Slack Publising, 1981.
17. LIMA, M.A.S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. Ribeirão Preto: USP, 1998. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1998.
18. LOPES, M.J.M. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a integração

individual e coletiva nas palavras quotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDOW, V.R. LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Cap. 8. p. 153-188.

19. MOTTA, M.G.C. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família, hospital: uma visão fenomenológica das mudanças existenciais**. Florianópolis: UFSC, 1997. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
20. MOURIÑO, J.M.G.; REVUELTA, J.A. **História de la filosofía – el existencialismo**. Madrid: Alhambra Longman, 1995.
21. NUNES, Dulce Maria. **Linguagem do cuidado**. São Paulo: UFSP, 1995. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1995.
22. PALMER, R.E. **Hermenêutica**. Lisboa: Edições 70, 1969.
23. PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
24. RICOEUR, P. **Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação**. Lisboa: Edições 70, 1976.
25. \_\_\_\_\_. **Interpretações e ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.
26. ROLLO, A.A. **É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público?** In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 321-339.

27. SCHNEIDER, J.F. O método fenomenológico na pesquisa em enfermagem psiquiátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.17, n.2, p.100-108, jul. 1996.
28. SCHNEIDER, J.F.; MARTINS DO VALLE, E.R. **O ser esquizofrênico e a retomada do tempo: estudo fenomenológico**. Goiânia: AB Editora, 1996.
29. SILVA, A.T. **Sentido dos existenciais básicos para Heidegger**. São Paulo: PUC, 1991. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1991.
30. STEIN, E. Dialética e hermenêutica: uma controvérsia sobre método em filosofia. In: HABERMANS, J. **Dialética e hermenêutica: para a crítica da hermenêutica de Gadamer**. Porto Alegre: LPM, 1987. Cap. 2. p.28-52.
31. TALENTO, B. Jean Watson. In: GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap. 18. p.254-267.
32. TAYLOR, C.M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. Cap. 1,2 e 3. p.1-178.
33. VAN MANEN, M. **Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy**. New York: State University of New York Press, 1990.
34. VATTINO, G. **Introducion a Heidegger**. Barcelona: Gedisa, 1995.
35. WAELHENS, A. **La filosofia de Martin Heidegger**. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1986.

36. WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra-Luzzatto, 1998.
37. WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
38. WATSON, J. **Nursing: human science and human care, a theory of nursing.** New York: National League for Nursing Press, 1988.

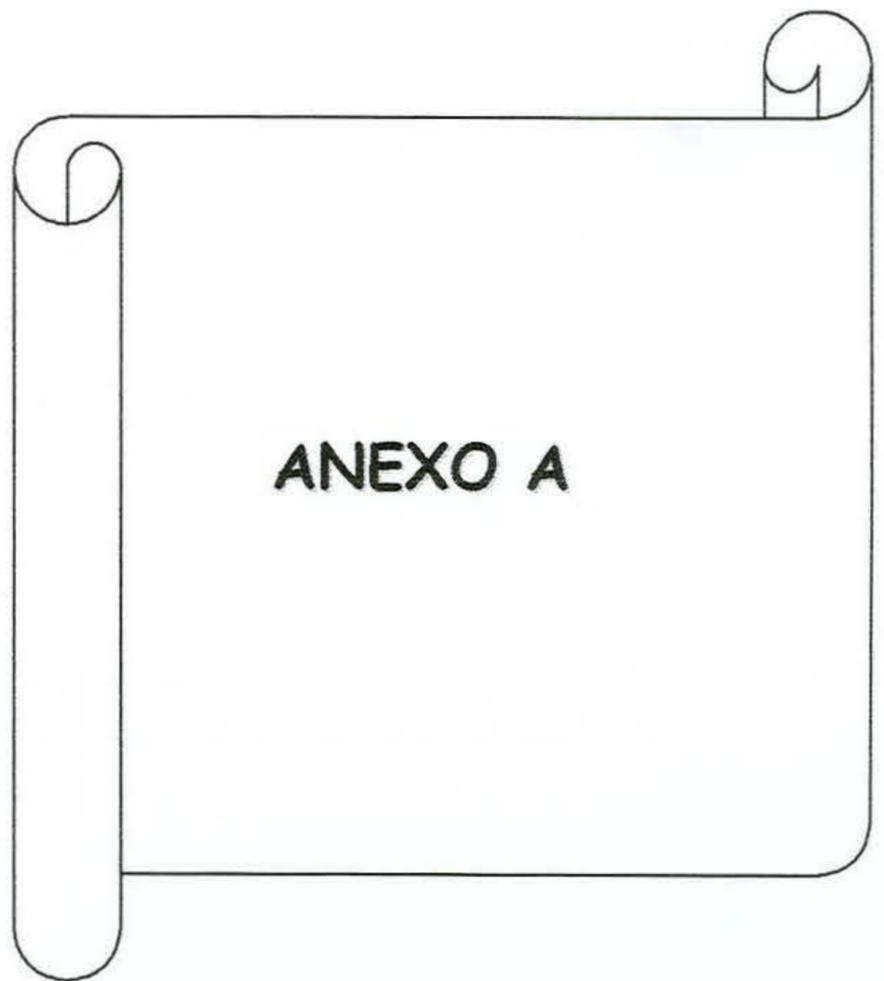


## ROTAÇÃO PARA ENTREVISTA

Reservado para uso exclusivo do(a) entrevistado(a). Não deve ser divulgado a terceiros, nem utilizado para fins comerciais.

Este documento contém informações confidenciais.

É proibido a reprodução total ou parcial sem a autorização expressa do(a) entrevistado(a).



## ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Dissertação de Mestrado: A internação psiquiátrica hospitalar: desvelando os significados deste mundo vivido

- Conta para mim como é para ti estar internado.
- O que tu pensas que pode acontecer com a tua vida por teres internado aqui?

TESTADO DE CURSOS DE INFORMACIÓN

Declaración de México: A continuación se muestra un ejemplo de un cuestionario de información de un curso de informática.

El cuestionario de información se proyecta en una computadora para la recopilación de datos de los cursos de informática de las universidades de México.

Este cuestionario está diseñado para ser utilizado por los investigadores que deseen obtener información sobre los cursos de informática de las universidades de México. El cuestionario está diseñado para ser utilizado por los investigadores que deseen obtener información sobre los cursos de informática de las universidades de México.

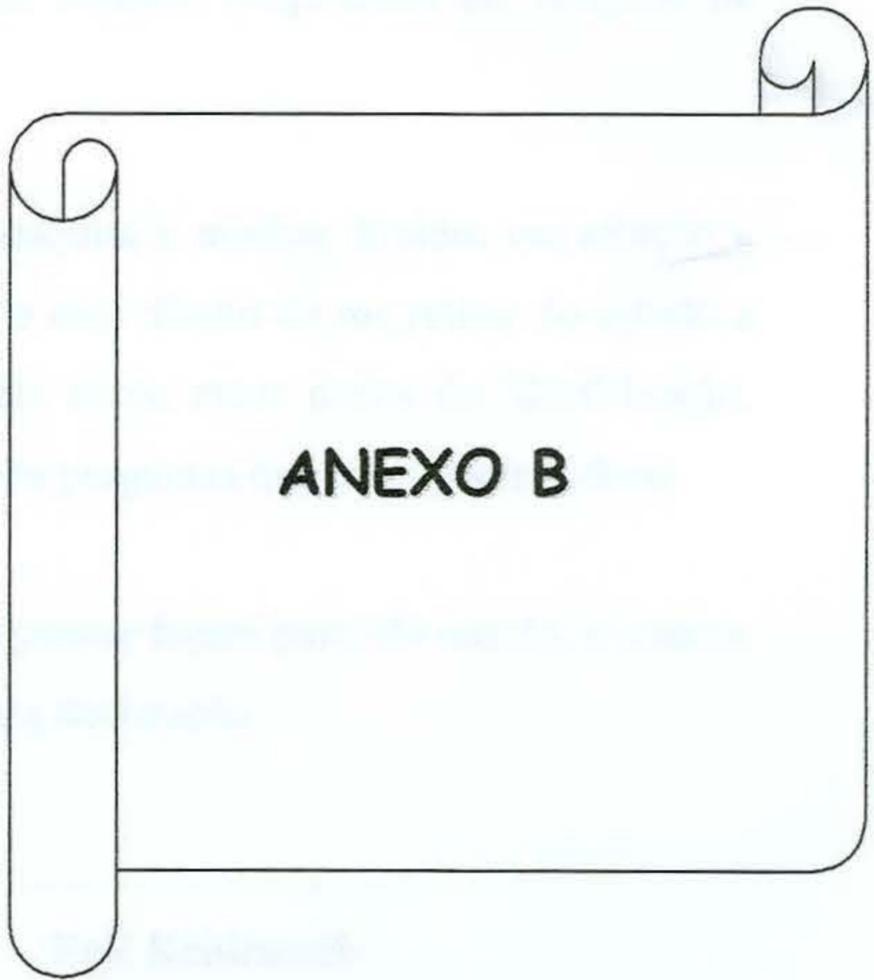
El cuestionario de información se proyecta en una computadora para la recopilación de datos de los cursos de informática de las universidades de México. El cuestionario está diseñado para ser utilizado por los investigadores que deseen obtener información sobre los cursos de informática de las universidades de México.

Este cuestionario está diseñado para ser utilizado por los investigadores que deseen obtener información sobre los cursos de informática de las universidades de México. El cuestionario está diseñado para ser utilizado por los investigadores que deseen obtener información sobre los cursos de informática de las universidades de México.

Parámetro

Resultado

Fecha: \_\_\_\_\_



**ANEXO B**

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Dissertação de Mestrado: A internação psiquiátrica hospitalar: desvelando os significados deste mundo vivido.

O objetivo deste estudo é proporcionar um maior entendimento sobre o significado que tem para o cliente o fato de necessitar de internação psiquiátrica hospitalar.

Este termo tem como objetivo garantir que eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar desse estudo e que a presente entrevista seja gravada, ou anotada, e que relatarei minhas vivências sobre a necessidade que tive de internar na unidade psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Fui informado sobre o objetivo da pesquisa e minhas dúvidas em relação a ela, sobre o caráter voluntário da entrevista, e meu direito de me retirar do estudo a qualquer momento, assim como o anonimato sobre meus dados de identificação. Entendo que sou livre para responder apenas às perguntas que eu julgar que devo.

Concordo que as informações que eu prestar façam parte do estudo, e possam ser publicadas, e que ficarei com uma via desta declaração.

.....  
Participante

.....  
Eglê Kohlrausch

Data: .....