



USUÁRIOS E FAMILIARES PÓS-COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS: COMPREENSÃO DO CAMINHAR

Denis Guimarães Pereira

Resumo

Esta investigação se insere no campo da Psicologia da Saúde e na linha de pesquisa Psicologia e Fenomenologia, do Laboratório de Psicologia Fenomenológico-Existencial FAPSI/UFAM/CNPq. O objeto de estudo são as vivências de pacientes diagnosticados com transtornos psiquiátricos e seus familiares e/ou acompanhantes inseridos no sistema de saúde mental na cidade de Manaus. A vivência da comunicação do diagnóstico de um transtorno mental implica em uma série de questões emocionais que mobilizam a pessoa acometida e seus familiares e/ou acompanhantes no sentido de questionar o próprio existir. Os transtornos psiquiátricos são exemplos de condição crônica de saúde que tem um curso progressivo e incapacitante, que configura problema de saúde pública e impõe enorme desafio para a assistência e o ajustamento psicossocial do paciente e poucas pesquisas tem sido realizadas sobre a concepção que usuários e familiares têm da comunicação do diagnóstico. Este estudo tem por objetivo compreender a percepção da comunicação do diagnóstico de transtornos psiquiátricos de usuários e seus familiares a luz da filosofia de Martin Heidegger – sentidos e significados nos discursos. Trata-se de um estudo amparado na abordagem qualitativa de pesquisa, utilizando o método fenomenológico de pesquisa em Psicologia com caráter descritivo e exploratório e a análise das entrevistas utilizou o pensamento de Martin Heidegger. Foi utilizada entrevista áudio gravada, que partiu de uma questão norteadora, com seus possíveis desdobramentos após ser enunciada. Os participantes foram 16 usuários e 3 familiares. Foram extraídas do estudo duas categorias e subcategorias: 1. Comunicação do diagnóstico: eu me nego a aceitar o veredito; 2. Ser-com-o-outro: a vivência do apoio e do não-apoio. Conclui-se que a partir da comunicação do diagnóstico de transtorno psiquiátrico se fazem presentes uma série de elementos que redimensionam a existência de usuários e familiares acompanhados por instituição de saúde mental, o que caracteriza a pluridimensionalidade do ser diante da facticidade.

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

This research is part of the field of Psychology of Health and the research line Psychology and Phenomenology, FAPSI / UFAM / CNPq Laboratory of Phenomenological-Existential Psychology. The object of study is the experiences of patients diagnosed with psychiatric disorders and their relatives and / or companions inserted in the mental health system in the city of Manaus. The experience of communicating the diagnosis of a mental disorder implies a series of emotional issues that mobilize the affected person and their relatives and / or companions in the sense of



questioning their own existence. Psychiatric disorders are an example of a chronic health condition that has a progressive and incapacitating course, which constitutes a public health problem and poses a huge challenge to the care and psychosocial adjustment of the patient, and little research has been done on the conception that users and their families diagnosis communication. This study aims to understand the perception of communication of the diagnosis of psychiatric disorders of users and their relatives in light of the philosophy of Martin Heidegger - meanings and meanings in speeches. It is a study based on the qualitative approach of research, using the phenomenological method of research in Psychology with descriptive and exploratory character and the analysis of the interviews used the thought of Martin Heidegger. Recorded audio interview was used, starting from a guiding question, with its possible unfolding after being enunciated. Participants were 16 users and 3 family members. Two categories and sub-categories were extracted from the study: 1. Communication of the diagnosis: I refuse to accept the verdict; 2. Being-with-the-other: the experience of support and non-support. It is concluded that from the communication of the diagnosis of psychiatric disorder, a series of elements are present that redimension the existence of users and family members monitored by a mental health institution, which characterizes the multidimensionality of the being in the face of facticity.

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

Introdução

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

Que tempos são estes onde as formas de subjetivação refletem isolamento e ansiedade diante da possibilidade de encontro com o outro? Neste contexto, surgem os chamados transtornos psiquiátricos – objeto de minha análise – que, por acarretar uma série de comportamentos e atitudes consideradas à conta de estranhas e muito diferentes - as pessoas parecem desarticuladas e desapropriadas do contexto em que estão alocadas - são elementos, ainda hoje, fonte de exacerbção de rótulos e caricaturização desse outro. Consequentemente, as relações tornam-se complexas e, nesse ínterim, a pessoa acometida por um quadro clínico dessa natureza passa a sofrer preconceito e



discriminação, afinal, “é alguém diferente” e as diferenças não são bem recebidas no mundo contemporâneo.

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

Neste estudo, a proposta foi mergulhar, imergir nesse mundo dos transtornos psiquiátricos, tanto com o usuário do sistema de saúde mental quanto com seu familiar e/ou acompanhante. A pesquisa no contexto da compreensão do vivido por estes atores sociais, tem sido parca na produção científica amazonense.

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

Para isto, o objetivo foi no sentido de compreender sentidos e significados nos discursos de usuários e familiares após a comunicação do diagnóstico de transtornos psiquiátricos à luz da filosofia de Martin Heidegger. Assim, nos propusemos a investigar o vivido, compreender o sentido atribuído a determinada situação e/ou situações experienciadas pelo outro. Para isto, amparei-me na proposta do método fenomenológico psicológico de Amedeo Giorgi. E a análise a partir, como já fora dito, da perspectiva teórica de Martin Heidegger, pelo fato deste autor considerar o ser humano enquanto um ser-em-relação, a partir das quais – as relações - se constitui como *ser-no-mundo* em contínuo devir, independente das situações surpresa que ocorrem em seu cotidiano, ou seja, o homem como possibilidade, como um vir-a-ser contínuo.

Reconhecendo a temática

Transtorno Mental

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



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES e-ISSN 2675-410X

Como aponta DSM-V (2014), os transtornos mentais, apresentam características, tais como: são sentidos como indesejáveis porque limitam a liberdade, a autonomia individual e a autorrealização; alteram a consciência do sujeito e sua percepção da realidade; perturbam sua maneira de estar-no-mundo, suas vivências, seu modo de se comportar e de relacionar-se com os outros.

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

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

Observa-se que construímos teorias por estarmos no mundo e que é impossível nos desvincularmos a ele, vivendo somos provocados a pensar e refletir sobre o que nos cerca; os conhecimentos produzidos não são feitos de forma desinteressada. Evangelista (2015) mostra que antes do desenvolvimento de quaisquer áreas relacionadas ao estudo dos transtornos mentais propriamente ditos, a psicopatologia já se mostra como porta de entrada da tentativa de compreender a “loucura”. O que faremos a partir deste momento.

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

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



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

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

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

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

Quadro nosológico: tem como característica essencial (epísódio maníaco) é um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, eufórico, excessivamente, sentindo-se no topo do mundo. Pode apresentar labilidade emocional (vai de irritabilidade à euforia). Autoestima inflada, delírios de grandeza, a



fala pode ser rápida, pressionada e difícil de interromper, juízo crítico comprometido. Podem ocorrer prejuízos acentuados no funcionamento social ou profissional, necessitando em alguns casos de internação hospitalar. A média de idade para o primeiro episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior é de cerca de 18 anos para este tipo de transtorno.

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

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

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

Kantorski et al. (2019) discute como o gênero em seu trabalho tem marcado as práticas de cuidado desempenhadas pelas famílias, por meio da identificação de diferenças quanto ao perfil sociodemográfico, ao desenvolvimento de tarefas relativas ao cuidado e consequentes repercussões na configuração familiar de acordo com o sexo dos indivíduos. Foram pesquisadas 1.242 familiares de usuários/as de CAPS e apresentou como resultado que aspectos, como a ausência de divisão da atividade de cuidado, sentimento de sobrecarga, avaliação ruim da qualidade de vida, insatisfação



com as relações familiares e manifestação de transtornos psiquiátricos menores, foram encontrados mais em mulheres. Portanto, conclui que existem diferenças importantes entre os gêneros dos cuidadores, em especial no que diz respeito às repercussões do cuidado na vida dessas pessoas.

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

Em 2019, Kantorski et al., avaliaram o perfil clínico, a carga familiar de transtornos psiquiátricos e o nível de funcionalidade em pessoas diagnosticadas com Transtorno Bipolar em remissão que apresentavam Transtorno Obsessivo Compulsivo em comorbidade e compararam com aqueles obtidos em pacientes com esse transtorno (9TB) em remissão sem TOC. Foram pesquisados 90 pacientes e concluíram que TB-TOC representa uma TB mais grave, com maior disfunção e conseqüente maior carga familiar. Um estudo que traz a dimensão ou as dimensões relativas ao fato de ser-familiar-de-pessoa com transtorno bipolar.

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

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



comportamental sugerindo que as crianças com comorbidades são potencialmente candidatos a intervenções familiares em que sejam abordados conflitos familiares e aspectos organizacionais.

Cao, Salem, Nagpal e Teixeira (2017) revisaram aspectos sociodemográficos, clínicos e neuroanatômicos associados ao comportamento suicida em pessoas diagnosticadas com transtorno bipolar e consideram que a evitabilidade do suicídio permite inferir que a compreensão existente entre clínica e neurobiologia do comportamento suicida poderá ser de utilidade na prevenção. É, portanto, mister que, os profissionais e os próprios familiares envolvidos com usuários diagnosticados com TB estejam informados e atentos a esse fator, muito presente, na vida dessas pessoas.

Transtornos de Ansiedade

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

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

Crises do pânico

O ataque de pânico tem uma resposta particular ao medo, podendo também ser vistos também em outros transtornos mentais. Onde o indivíduo, que geralmente (no Estados Unidos) tem seu primeiro episódio entre 22 e 23 anos entre os adultos, apresenta ataques de pânico inesperados recorrentes, estando persistentemente apreensivo ou preocupado com a possibilidade de sofrer novos ataques de pânico ou alterações desadaptativas em seu comportamento devido aos ataques de pânico. Eles funcionam como um marcador e fator prognóstico para a gravidade do diagnóstico, curso e comorbidade com uma gama de transtornos, incluindo, mas não limitados, os transtornos de ansiedade (p. ex., transtornos por uso de substância, transtornos depressivos e psicóticos). Tendo como Fatores de Risco e Prognóstico, Temperamentais, ambientais, genéticos e fisiológicos. Neste caso foram notados



seguintes características: 1. Apreensão ou preocupação persistente acerca de ataques de pânico adicionais ou sobre suas consequências (p. ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, “enlouquecer”). 2. Uma mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionada aos ataques (p.ex., comportamentos que têm por finalidade evitar ter ataques de pânico, como a esquivia de exercícios ou situações desconhecidas).

Transtorno de estresse pós-traumático

Para o DSM -V (2014) a característica principal do TEPT – (Transtorno de estresse pós-traumático) acontece após a exposição a um ou mais eventos traumáticos, são compreendidos como a revivência do medo, emocionais ou comportamentais, podendo ou não a ser limitado a apenas um fator de exposição por exemplo: Exposição a guerra como combatente ou civil, ameaça ou ocorrência real de agressão física (ataque físico, assalto, furto, abuso físico infantil), ameaça ou ocorrência real de violência sexual (p. ex., penetração sexual forçada, penetração sexual facilitada por álcool/droga, contato sexual abusivo, abuso sexual sem contato, tráfico sexual), sequestro, ser mantido refém, ataque terrorista, tortura, encarceramento como prisioneiro de guerra, desastres naturais ou perpetrados pelo homem e acidentes automobilísticos graves.

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

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

Os eventos traumáticos do Critério A sofridos diretamente incluem, mas não se limitam a exposição a guerra como combatente ou civil, ameaça ou ocorrência real de agressão física (ataque físico, assalto, furto, abuso físico infantil), ameaça ou ocorrência real de violência sexual (p. ex., penetração sexual forçada, penetração sexual facilitada



por álcool/droga, contato sexual abusivo, abuso sexual sem contato, tráfico sexual), sequestro, ser mantido refém, ataque terrorista, tortura, encarceramento como prisioneiro de guerra, desastres naturais ou perpetrados pelo homem e acidentes automobilísticos graves.

Material e Método

Foi realizada uma pesquisa sob o viés qualitativo, tendo em vista que foi focada no trabalho com os significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2014).

Como método priorizou-se o fenomenológico-psicológico de Giorgi (GIORGI & SOUZA, 2010) pelo fato de ser o melhor meio para a compreensão da vivência das pessoas no momento da comunicação do diagnóstico de transtornos psiquiátricos de usuários e seus familiares. Foram seguidos os parâmetros do método, caracterizado em quatro passos: a) *Estabelecer o sentido do todo*: após a transcrição, o primeiro, e único, objetivo foi apreender o sentido geral do protocolo. Nesta fase, o investigador pretendeu apenas ler calmamente a transcrição completa da entrevista, onde se colocou na atitude de redução fenomenológica. Não pretendeu focar-se em partes fundamentais, não colocou hipóteses interpretativas, apenas, buscou a compreensão geral das descrições realizadas pelo sujeito. Neste momento, o objetivo principal é obter o sentido da experiência na sua globalidade; b) *Determinação das Partes: Divisão das Unidades de Significado*: o investigador retomou a leitura do protocolo, com um segundo objetivo: dividi-lo em partes menores. A divisão teve um intuito eminentemente prático: a divisão em partes, denominadas Unidades de Significado, o que permitiu uma análise mais aprofundada. Como o objetivo foi realizar uma análise psicológica e como a finalidade última da análise foi explicitar significados, utilizou-se esse tipo de análise como critério de transição de sentido para a constituição das partes (unidades de significado); c) *Transformação da Unidades de Significado em Expressões de Caráter Psicológico*: a linguagem cotidiana da atitude natural dos participantes sofre transformação e a partir da aplicabilidade da redução fenomenológica-psicológica e da análise eidética, a linguagem de senso comum foi transformada em expressões que têm como intuito clarificar e explicitar o significado psicológico das descrições dadas pelos participantes.



O objetivo do método foi selecionar e articular o sentido psicológico da vivência dos participantes em relação ao objeto da investigação. Mantendo a linguagem descritiva, o investigador foi capaz de expressar e trazer à luz significados psicológicos, que estavam implícitos nas descrições originais dos sujeitos. É também nesse momento que a inter-relação entre as partes e o todo sobressai como instrumento metodológico; d) *Determinação da Estrutura Geral de Significados Psicológicos*: o pesquisador, fazendo uso da variação livre imaginativa, transforma as unidades de significado em uma estrutura descritiva geral. A descrição dos sentidos mais invariantes, denominados constituintes essenciais da experiência, contidos nas unidades de significado, assim como das relações que existem entre estes últimos, resultou na elaboração de uma estrutura geral. O importante é que a estrutura resultante expresse a rede essencial das relações entre as partes, de modo a que o significado psicológico total sobressaiu. O passo final do método envolveu uma síntese das unidades de significado psicológico.

São participantes da pesquisa 16 usuários diagnosticados com transtornos psiquiátricos e 03 familiares, acompanhados por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), pertencente à rede municipal de saúde, na cidade de Manaus, que indicou o ambiente para a consecução das entrevista e que apresentou infraestrutura necessária à realização da mesma. Para a seleção dos participantes, o pesquisador teve acesso aos prontuários de ambos os CAPS e levantou o número de usuários por tipo de transtorno psiquiátrico já elencado neste projeto, a saber: Transtorno do Espectro da Esquizofrenia; Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados, Transtornos Depressivos e Transtornos de Ansiedade, sendo 2 participantes relacionados a cada um destes transtornos. Os profissionais do CAPS – psicólogas – fizeram o levantamento de prontuários e indicaram as pessoas e seus familiares, inclusive fizeram a marcação do horário com cada um dos participantes.

**Quadro 1: Usuário por idade e diagnóstico**

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

Fonte: Dados da pesquisa de campo

Quadro 2: Familiares que concordaram em participar da pesquisa

Familiar	Usuário
-	Rose
Maria	Mãe da Maria
Ismael	Mãe do Rafael
Rafael	Esposa

Fonte: Dados da pesquisa de campo

- Não aceitou participar da pesquisa

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

Entrevista fenomenológica: Acharán (2014) apoiando-se em Kvale (1996) revela que o objetivo da entrevista de natureza qualitativa é o de obter descrições do mundo experiencial, do mundo da vida do entrevistado e suas explicitações de significados sobre os fenômenos descritos. Assim, o objetivo de uma entrevista de pesquisa e/ou investigação, no domínio da investigação fenomenológica, é uma descrição tão completa quanto possível da experiência vivida dos participantes sobre um determinado fenômeno de estudo. A proposta, neste estudo, é realizar entrevistas áudio gravadas



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES e-ISSN 2675-410X

utilizando gravador digital com os participantes e, posteriormente, realizadas as transcrições destas, para em seguida ser feita a análise dos dados.

Procedimento

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

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

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

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

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

1: Para o usuário:

1.1: Como foi que sua família recebeu o diagnóstico?

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

1.3: Como estão as coisas em sua casa hoje?



2: Para os familiares:

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

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

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

Local de pesquisa: CAPS Sul, na cidade de Manaus. O projeto foi inserido na Plataforma Brasil, sob o número CAAE - 79100917.9.0000.5020 e aprovado em 06 de novembro de 2017

Resultados e Discussão

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

As categorias trazem a fala dos usuários e de familiares.

1. Comunicação do diagnóstico: eu me nego a aceitar o veredicto

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

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

Falas dos usuários

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



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES e-ISSN 2675-410X

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

Não aceitação do diagnóstico e consequente não adesão ao tratamento:

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

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

A sensação de ter “perdido o chão”

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

Susto diante da comunicação

Meu primeiro contato foi meio difícil, estava bastante transtornada, mas isso porque tive uma crise né, aí isso nunca tinha acontecido antes, aí me mandaram pra cá, estranho né? Eu não me imaginaria assim né, pensei que fosse só... Não imaginei que funcionasse assim dessa forma. Passei pelo dr. Demétrio. Na hora que eu escutei o diagnóstico eu fiquei assustada né, me sentindo doida! Será que vou ficar assim pra sempre, será que vou conseguir na rua ainda sozinha? Porque eu fico com medo de sair na rua sozinha, principalmente onde tem muita gente. (MARIA)



Falas dos familiares

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

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

O desespero se instaura

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

Não aceitação do diagnóstico

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

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

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



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

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

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

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



consciência de si e o autoreconhecimento estão comprometidos. O descobrir-se e o reconhecer-se não se realizam do mesmo modo de antes.

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

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

2.1 o apoio do outro

Falas dos usuários

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

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

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

Mãe! (o usuário encenando) eu não aguento mais, e ela alí comigo e tal. Foram quase 8 horas de surto sem parar foi horrível. Na quinta feria fui até ao Eduardo ribeiro tomar uma injeção que não aguentava mais, já estava passando mal e disse, mãe! Me leva! Então tem 4 dias que não estou tendo crise [...] Eu não posso sair de casa sem ela, nunca sozinha, só com ela tudo que vou fazer é com ela, vou no médico com ela, vou receber meu dinheiro



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES e-ISSN 2675-410X

com ela, vou fazer exame com ela, vou comprar minhas coisinhas com ela, então ela tá cansada, e eu me sinto culpada e não consigo mudar, reconheço esse apoio da minha mãe. (USUÁRIO 1 – APOIO)

A presença do outro em seu cuidar:

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

O cuidado que ensina a cuidar

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

O outro comove em seu ato de cuidar

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

A aceitação por parte da família

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

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

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



Falas dos familiares

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

Trazer para junto:

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

Importância do brincar, do dialogar:

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

O estar-junto das figuras parentais:

Também, mas esse outro irmão morava com o pai, aí o que acontece o papai levava ele no Caps de lá, porque o outro já atende o papai, e o papai sempre levava no médico e o doutor sempre tava trocando o remédio. E esse outro que já morava com a mamãe já não levava porque ele é mais agressivo e como eu não morava com ela e quando era pra ir pro médico tinha de ser eu. Então ele não faz e queria ver se ele pode fazer agora. Começar esse acompanhamento direitinho [...] O outro (irmão) já faz tratamento lá e o que eu vou fazer? Vou pedir pra transferir pra cá, mas isso quando me estabilizar aqui direitinho e ela (mãe) está muito sobrecarregada. [...] O papai leva! Mas os dois irmãos moram com ela, porque é ela que cuida, comida, roupa, todas essas coisas é ela. Um tem 39 anos e o outro 42, mas isso já faz muito tempo. (FAMILIAR ISMAEL – APOIO)

Ficar junto, amparo, continente:

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



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES e-ISSN 2675-410X

vou pegar água, tudo é motivo pra ele [...] E olha que eu escondo as coisas, nunca deixo no mesmo lugar, sempre vou trocando, mudando, né. Mas não adianta (ESPOSA DO RAFAEL)

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

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

A fala do usuário:

A trajetória de vida percebida sob a égide do abandono :

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

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

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

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

A dimensão da falta do outro é expressa:

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



A fala do familiar

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

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

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

A solicitude, por sua vez, pode ocorrer sob duas formas – presentes nas falas dos participantes – um saltar sobre o outro, movimento que lança o outro fora de seu lugar, dominando-o e realizando as escolhas por ele e, a outra, é o antepor-se ao outro que pressupõe o outro com possibilidades para ser, é livre para fazer suas escolhas e ser-si-mesmo.

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



Considerações Finais

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

Cada vida que me foi trazida mostrou a pluridimensionalidade do ser-no-mundo com diagnóstico de transtorno mental e o ser-familiar e/ou acompanhante. Percebi através do temporalizar de cada um, o quanto de dor e sofrimento foi vivenciado, principalmente a partir da crise que originou o encaminhar-se para o serviço de saúde; compreendi que o sentido atribuído ao momento da comunicação do diagnóstico redimensionou o caminhar de cada um dos participantes, redimensionou o olhar sobre eles próprios, redimensionou o olhar sobre o entorno, redimensionou o olhar sobre o outro.

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

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



Referências

- ACHARÁN, J.T.O Emoções no contexto da psicoterapia fenomenológica existencial. In FEIJOO, A.M.L.C & LESSA, M.B.M.F. **Fenomenologia e Práticas Clínicas** – Rio de Janeiro : Edições IFEN, 2014, pp.
- CAO, F.; SALEM, H.;NAGPAL, C; TEIXEIRA, A.L. Prolonged delirium misdiagnosed as a mood disorder. **Dement. Neuropsychol.**, São Paulo, v.11, n. 2, p. 206-208, jun. 2017
- CASTRO, E.H.B. **A experiência do diagnóstico**: o significado no discurso de mães de crianças com câncer à luz da filosofia de Martin Heidegger – Ribeirão Preto. Faculdade de filosofia, ciências e letras de Ribeirão Preto. USP. Tese (Doutorado). 2009, 182p.
- EVANGELISTA, P.E.R.A. Psicoterapia e psicopatologia daseinanalíticas – articulações a partir de um caso clínico de perversão. In: FEIJOO, A.M.L.C & PROTASIO, M.M. **Situações clínicas I** : Análise fenomenológica de discursos clínicos – 1. Ed. – Rio de Janeiro, RJ : IFEN, 2015. pp.225-238.
- FLORES, S.M.; SALUM, G.A.; MANFRO, G.G. Dysfunctional Family enviroments and childhood psychopathology: the role of psychiatric comorbidity **Trends Psychiatry Psychoter.**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 147-151, set. 2014
- GIORGI, A. & SOUZA, D. **Método fenomenológico de investigação em psicologia**. Lisboa, Portugal : Fim do Século, 2010.
- HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes, 2013.
- _____, **Ontologia Hermenêutica da Facticidade**. Tradução de Renato Kirchner. – Petrópolis, RJ : Vozes, 2012. – (Coleção Textos Filosóficos)
- _____, **Os conceitos fundamentais da metafísica**: mundo, finitude e solidão. Tradução Marco Antonio Casanova. – Rio de Janeiro : Forense Universitária, 2003
- KANTORSKI, L.P. et al. Gênero como marcador das relações de cuidado informal em saúde mental. **Cad. Sau. Colet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 60-66, mar. 2019
- MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.] ;– 5. ed.– Porto Alegre : Artmed, 2014.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Rio de Janeiro, 2014
- NOVARETTI, T.M.S; NOVARETTI, N.; TUMAS, V. Bipoçar Disorder: a precursor of Parkinson’ s disease? **Dement. Neuropsychol.** São Paulo, v 10, n. 4, p. 361-364, dez, 2016.
- REIS, T.L.dos et al. Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 70-85, jun. 2016



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES e-ISSN 2675-410X

SOUZA, C; MOREIRA, V. A depressividade na psicopatologia fenomenológica. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, 2018, v. 34, e3447

Recebido 20/11/2020. Aceito: 14/12/2020.

Autor

Denis Guimarães Pereira - Mestre em Psicologia pelo PPGPSI/UFAM. Docente do Curso de Especialização em Psicologia Clínica de base fenomenológica no Instituto Vision/Manaus. Docente do curso de graduação em Psicologia da Universidade Paulista/Manaus. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1297-4753>

E-mail: denis.guimaraes33@gmail.com.