



ALTA HOSPITALAR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL: SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELO FAMILIAR

HOSPITAL DISCHARGE OF PEOPLE WITH MENTAL DISORDER: MEANINGS ASSIGNED BY FAMILY

ALTA HOSPITALARIA DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL: SIGNIFICADOS ASIGNADOS POR EL FAMILIAR

Fernanda Franceschi de Freitas¹, Marlene Gomes Terra², Adão Ademir da Silva³, Gabriela Zenatti Ely⁴, Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini⁵, Marinês Tambara Leite⁶

RESUMO

Objetivo: compreender os significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental. **Método:** pesquisa qualitativa, de natureza fenomenológica, desenvolvida com 10 familiares de pessoas com alta hospitalar da unidade de internação psiquiátrica do Hospital do Universitário de Santa Maria/RS/Sul do Brasil. A produção de dados ocorreu por meio de entrevista gravada, utilizando-se a questão << *Conte-me o que a alta de seu familiar da unidade de internação psiquiátrica significa para você* >>. Para apreender as mensagens implícitas nos discursos dos familiares, foi utilizada a proposta elaborada por Terra fundamentada na fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur, precedendo a tudo isso, a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo nº 0343.0.243.000-11. **Resultados:** o familiar expressa, por um lado, satisfação pela melhora do outro e por restabelecer o convívio em família e, por outro, receio pelo horizonte de possibilidades por vir. **Conclusão:** os significados desvelaram-se marcados pela ambiguidade. **Descritores:** Família; Pessoas Mentalmente Doentes; Alta do Paciente; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to understand the meanings attributed by the family to hospital discharge of people with mental disorders. **Method:** a qualitative, phenomenological research, developed with 10 relatives of people discharged from psychiatric hospital of the University Hospital of Santa Maria/RS/South Brazil. The data production occurred by recorded interview, using the question << *Tell me what the discharge of your relative from psychiatric hospital means for you* >>. To grasp the implicit messages in the speeches of the family, we used the proposal prepared by Terra grounded in hermeneutic phenomenology of Paul Ricoeur, prior to all this, the approval of the research project by the Ethics Committee in Research, with Protocol nº 0343.0.243.000-11. **Results:** the family expresses, on one hand, satisfaction with the improvement of the other and by restoring the living family, and secondly, fears for the horizon of possibilities to come. **Conclusion:** the meanings unveiled are marked by ambiguity. **Descriptors:** Family; Mentally Ill People; Patient Discharge; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: comprender los significados atribuidos por la familia al alta hospitalaria de la persona con trastorno mental. **Método:** investigación cualitativa, de naturaleza fenomenológica, desarrollada con 10 familiares de personas con alta hospitalaria de la unidad de internación psiquiátrica del Hospital Universitario de Santa Maria/RS/Sur de Brasil. La producción de los datos ocurrió a través de entrevistas grabadas, utilizando la pregunta << *Dime lo que el alta de la unidad psiquiátrica de su familiar significa para usted* >>. Para aprehender los mensajes implícitos en los discursos de la familia, se utilizó la propuesta preparada por Terra, basada en la fenomenología hermenéutica de Paul Ricoeur, antes de todo esto, la aprobación del proyecto de investigación por el Comité de Ética en Investigación, Protocolo nº 0343.0.243.000-11. **Resultados:** la familia expresa, por un lado, la satisfacción con la mejora del otro y por restaurar la vida familiar, y en segundo lugar, el temor por el horizonte de posibilidades por venir. **Conclusión:** los significados revelados están marcados por la ambigüedad. **Descriptor:** Familia, Personas con Enfermedades Mentales, Alta del Paciente, Enfermería.

¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Hospital Universitário de Santa Maria/HUSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: fe_franceschi@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: martesm@hotmail.com.br; ³Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Hospital Universitário de Santa Maria/HUSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: adaoademirdasilva@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/PPGENF/UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: gabij_ely@yahoo.com.br; ⁵Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: nara.girardon@gmail.com; ⁶Enfermeira, Doutora em Gerontologia Biomédica, Universidade Federal de Santa Maria/UFSM - Campus Palmeira das Missões. Palmeira das Missões (RS), Brasil. E-mail: tambaraleite@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início no final dos anos de 1970, a partir da inquietação dos trabalhadores de saúde mental, denunciando as más condições de assistência às pessoas internadas nos grandes hospitais psiquiátricos. As implicações desta mobilização resultaram na elaboração da Lei nº 10.216 de 2001, que propôs mudanças nas práticas em saúde mental, incentivando a equidade na oferta dos serviços, o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental, bem como, o desenvolvimento de uma rede extra-hospitalar que garanta a reinserção social, a cidadania e a autonomia da pessoa em sofrimento psíquico.¹

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, os familiares tornaram-se os principais provedores de cuidados à pessoa com transtorno mental. A palavra de ordem da reestruturação do modelo em saúde mental é a desinstitucionalização, o restabelecer do vínculo com a sociedade e a família das pessoas que se encontravam internadas há muito tempo, ou até residindo nos grandes hospitais psiquiátricos. Para tanto, faz-se necessário o aumento da oferta de serviços comunitários de atenção à saúde mental, como, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e a internação psiquiátrica somente depois de esgotadas as possibilidades de tratamento extra-hospitalar, sendo esta preferencialmente, em unidades psiquiátricas de hospitais gerais.²

No que se refere às doenças psiquiátricas, observa-se que a maioria não possui cura, o que exige uma adaptação da família para a convivência com essa situação. Tal realidade desperta sentimentos que se relacionam com as dificuldades emergidas neste processo: despreparo emocional, falta de conhecimento sobre a doença mental, a angústia e impotência diante da crise, cidadania comprometida, ambiente familiar e interacional nas relações pessoais prejudicados, rejeição, culpabilização, medicalização do corpo para a cura e o sanar dos problemas familiares.³

O familiar diversas vezes enfrenta sobrecarga emocional pela convivência junto a pessoa com transtorno mental, desencadeando incompreensão, rejeição, motivando reinternações ou internações de longa permanência.⁴ A internação pode ser vivenciada, possivelmente, como um período de 'alívio' para os cuidadores, um momento em que estes podem se reorganizar e se

fortalecer para receber novamente no lar a pessoa que está hospitalizada.⁵

O cotidiano da assistência de enfermagem em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário possibilita observar que o familiar da pessoa com transtorno mental vivencia ansiedade por ter alguém significativo hospitalizado. Tal fato gera necessidade de um espaço no contexto hospitalar para a escuta sensível desse ser humano, que lhe proporcione acolhimento e motivação para que possa descrever como se sente diante da responsabilidade de zelar pelo corpo sensível do outro. Assim, os profissionais da saúde terão a oportunidade de compreender os sentimentos, medos e expectativas do familiar, relacionadas à internação da pessoa com transtorno mental, que estará sob os cuidados da família após a alta.

Para tanto, é preciso olhar o familiar como corpo sensível inserido no mundo, que necessita ser compreendido a partir da experiência vivida.⁶ O sofrimento psíquico pode ser percebido pela expressividade do corpo, por meio dos gestos, postura e movimentos. O familiar da pessoa com transtorno mental tem muito a comunicar por meio de sua expressão corporal, sobre as vivências entre a família e com o outro, o qual necessita de cuidado.

Cabe destacar que habitualmente, os estudos de enfermagem que possuem como tema a família, são desenvolvidos por meio de informações fornecidas por um integrante desta genealogia, o familiar, um ser com características singulares, que auxilia na composição deste grupo denominado de família. Essa congregação de pessoas é utilizada como contexto para um fenômeno individual, o qual se pretende desvelar e é manifestado pelo familiar.⁷

A opção por desenvolver estudo com os familiares que aguardavam a alta do paciente da unidade de internação psiquiátrica partiu de uma vivência de trabalho, ocasião em que se verificou que grande parte das pessoas com transtorno mental que concluem o tratamento reside com familiares e estará sob seus cuidados após a alta hospitalar. Tal fato pôde ser confirmado durante a realização deste estudo, quando das 37 altas ocorridas no período de produção dos dados (janeiro a março de 2012), somente duas pessoas saíram do hospital acompanhadas por terceiros, com destino a instituições de longa permanência.⁸

Sendo assim, essa realidade justifica a escolha destes sujeitos de pesquisa, uma vez que convivem diariamente com a pessoa com transtorno mental e são responsáveis pelo

cuidado no domicílio e perante a sociedade. E ainda, pela necessidade da enfermagem realizar a escuta da vivência do familiar, no processo de alta do indivíduo com transtorno mental de uma unidade de internação psiquiátrica, pois neste momento é restituída à família, a incumbência do cuidado.

Os profissionais da área da saúde também assumem o papel de facilitadores da concretização da Reforma Psiquiátrica, logo, não podem supor que o familiar seja (in)capaz de assistir a pessoa em sofrimento psíquico, entender a doença psiquiátrica, os cuidados exigidos, os problemas da vida cotidiana, entre outras atribuições, sem uma escuta atenta de como é para ele enfrentar o tratamento, como cuidador familiar.⁴

OBJETIVO

- Compreender os significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental.

MÉTODO

Estudo qualitativo, de natureza fenomenológica à luz do referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty e fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur, que compõe a Dissertação de Mestrado << Significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental >>, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, RS, 2012.

A escolha dessa abordagem justifica-se por ser a mais adequada para a compreensão das descrições vivenciais que ocorreram por meio da intersubjetividade, as quais constituíram experiências perceptivas em um campo fenomenal. A natureza fenomenológica busca relatar o modo como as pessoas sentem, pensam e interagem com a vida diária e representa uma alternativa eficiente para o estudo de fenômenos que exigem um olhar sensível.⁹ Para tanto, optou-se pela fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, pois fundamenta a noção de que os significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental só podem ser descritos do ponto de vista de quem os vive, já que “o homem está no mundo e é no mundo que ele se conhece”.^{6,6}

Participaram deste estudo, 10 familiares de pessoas com transtorno mental, comunicados previamente pelo médico assistente quanto à alta de seu parente, da Unidade de Internação Psiquiátrica Paulo Guedes do Hospitalo Universitário de Santa Maria (HUSM), Santa Maria, RS. Destaca-se que esta pesquisa seguiu

às determinações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹⁰ e teve o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (HUSM), Protocolo nº 0343.0.243.000-11.

Foram utilizados como critérios de inclusão: ter idade igual ou maior que 18 anos, ser familiar dos pacientes internados na Unidade Psiquiátrica Paulo Guedes/HUSM, com previsão de alta; ter sua função cognitiva preservada para compreender e responder os questionamentos feitos na entrevista; ter sido informado previamente pelo médico sobre a alta.

Para a produção dos dados foi realizada uma entrevista, aberta, individual, que teve como questão << Conte-me o que a alta de seu familiar da unidade de internação psiquiátrica significa para você >>. O número de sujeitos de pesquisa não foi pré-determinado, pois, na fenomenologia, busca-se o fenômeno em sua essência e este se revela no discurso dos entrevistados. Quando pontos comuns manifestam-se no conteúdo dos discursos, considera-se que há suficiência de significados, indicando que as entrevistas podem ser encerradas.¹¹

Os familiares foram entrevistados na unidade de internação psiquiátrica Paulo Guedes, no período de janeiro a março de 2012, tinham idade entre 20 e 60 anos e possuíam o seguinte parentesco com as pessoas que receberam alta: três mães, duas irmãs, um pai, um neto, um padrasto, um marido e uma esposa. A duração das entrevistas respeitou o tempo de expressão dos familiares (entre sete e cinquenta e cinco minutos). Para garantir o sigilo da identidade e das informações concedidas pelos entrevistados, foi utilizada a letra ‘F’ (F1, F2, F3, F4, sucessivamente) para denominar os emissores dos discursos, por ser a letra inicial da palavra familiar, seguido de um número que não correspondeu à sequência de sua participação.

Quanto à expressão, Merleau-Ponty considera que, antes de pronunciar as palavras, o ser humano já intenciona o que quer significar, o que vai dizer; repentinamente uma profusão de expressões vem em auxílio do seu silêncio e oportuniza a exteriorização de seus pensamentos. A língua representa a riqueza de tudo o que se pode ter a dizer, ela prevê a experiência futura do ser humano, basta encontrar a frase já elaborada na linguagem inconsciente, para apreender as palavras ocultas que o ser revela. A expressão o habita desde a eternidade.¹²

Para Merleau-Ponty, a materialização do ser no mundo acontece por meio do corpo; este carrega a propriedade reflexiva da consciência e a propriedade visível do objeto.¹³ O corpo ocupa posição central no mundo e é a direção para a qual todos os objetos voltam sua face. Ser um corpo é fazer parte de um meio previamente definido, entrelaçar-se com certos projetos e esforçar-se para realizá-los. A ambiguidade está em todo o ser no mundo, pois quando se dirige ao mundo, o homem impacta suas intenções perceptivas e práticas contra os objetos, que se revelam anteriores e exteriores a elas, mas que só existem pelo fato de motivar pensamentos e vontades no ser humano.⁶

A percepção é resultado da ação do mundo sobre homem, dessa forma, o mundo percebido carrega consigo a corporeidade de quem o vê, possibilitando a percepção do comportamento do outro, que igualmente faz parte deste mundo. A percepção contém ainda todos os gestos do ser humano dirigidos ao mundo, conscientes e inconscientes, pois em ambos os casos compõem o campo de visão do homem, e entre as coisas intencionadas por estes gestos, há uma relação exterior do mundo direcionada aos seres humanos, e do homem ao mundo. A relação corpo-mundo é sensível.^{13,6}

Um ser humano adentra no mundo do outro desde o instante em que esse começa a percebê-lo; ao utilizar, ele direciona gestos, que possibilitam identificar que o mundo ao qual ele se refere é o mesmo que o outro apreende. Estar na presença do outro possibilita um desvelar de intencionalidades, uma vez que essas estão ocultas na gestualidade de seu corpo e permitem que o ser humano se reconheça diante de sua expressão, devido às trocas estabelecidas neste encontro. Essas vivências que se cruzam, instigam mudanças na forma de estar no mundo, surgindo outro eu, que transporta o que há de mais secreto no homem e faz sua articulação com o outro. O segredo do outro não passa do segredo do próprio ser humano.¹²

Desse modo, para apreender as mensagens implícitas nos discursos dos familiares, foi utilizada a proposta elaborada por Terra¹⁴ fundamentada na fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur.¹⁵⁻⁶ A hermenêutica, é um processo que interpreta conteúdos e significados revelados ou ocultos nos discursos.¹⁶

Inicialmente, as entrevistas foram realizadas atentando-se para o contexto no qual os familiares estavam inseridos, assim como para seus gestos, sentimentos e pensamentos manifestos. Além disso, também

foi registrado em um diário de campo, após as entrevistas, todas as formas de expressão do familiar. Assim, foi possível uma aproximação do outro, para conhecer sua vivência.

Na sequência, o discurso oral estabelecido na entrevista foi escutado; após, foi transcrito para o discurso escrito, texto, que revelou as histórias vivenciadas pelos familiares. Com o discurso escrito em forma de texto, foi realizada uma leitura simples do discurso, apreendendo a fala do familiar, preservando o discurso original, buscando perceber os primeiros significados. Verificou-se a necessidade de uma aproximação com o texto para refletir sobre a vivência do familiar em relação à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental, visando à compreensão e interpretação do que se escondia na sua experiência. Foi possível observar o distanciamento do contexto da entrevista e do familiar, pois este já não estava mais presente.

Posteriormente, realizou-se a leitura crítica, mas foram necessárias outras releituras, com vistas à compreensão e à interpretação do que o familiar desejou expressar (significados). Após a leitura de cada texto, às ideias relativas ao objeto de estudo foram destacadas e organizadas em temas (segmentos do discurso compreendidos no texto, que formaram uma unidade de sentido), visando perceber o que o discurso almejou dizer e as imagens projetadas diante do texto, a metáfora. Esta “vai consistir no poder de reescrever a realidade, o que acarreta a necessidade de uma tomada de consciência quanto à pluralidade dos modos de discursos e quanto à especificidade do discurso filosófico”.^{15:9}

A apropriação aconteceu quando a mensagem foi revelada de maneira dinâmica, permitindo várias interpretações, pois não é uma verdade absoluta.¹⁴ Ela possui vários sinônimos, como: tomar para si e apossar-se, fazer seu o que é alheio. O ser humano possui a necessidade de fazer seu o que lhe é estranho. Nessa perspectiva, apropriar-se de dada realidade significa transformá-la num mundo para si.¹⁶

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do encontro experienciado entre o familiar e pesquisadores, emergiu a metáfora significativa da obra, que se revelou nos discursos por meio de três temas: o mundo da família revelado pelo familiar, a existencialidade do familiar na relação com o outro (a pessoa com transtorno mental) e a ambiguidade da alta hospitalar: entre a

possibilidade de convívio e o receio de uma nova crise.

◆ O mundo da família revelado pelo familiar

Ouvir o familiar sobre suas vivências e percepções em relação à pessoa com transtorno mental, possibilitou testemunhar a revelação de mundos familiares diversos e singulares, pois o mundo trata do vivido do ser humano, do que faz sentido para cada um, da atmosfera que permeia todos os pensamentos e percepções.⁶

O familiar mostrou seu mundo quando descreveu sua convivência com a pessoa que esteve internada, quando relatou suas dificuldades, mostrou preocupação ou ressentimento por meio de um olhar ou gesto, suspirou resignado, quando suas lágrimas surgiram para amenizar a dor ou quando sorriu, refletindo sobre situações positivas. Essa multiplicidade de sensações representa o corpo próprio do familiar, inserido e comunicando-se com o mundo e revela os significados que emergiram da interseção entre suas vivências e as da pessoa com transtorno mental, em uma relação de consequências mútuas.⁶

Ao mesmo tempo, o corpo próprio do familiar interage com as singularidades dos outros seres que compõem o mundo da família e também vivenciam as repercussões do transtorno mental. As descrições revelaram desde a aproximação até o distanciamento do familiar da pessoa com transtorno mental. A ambiguidade ocorre, justamente, em função da coexistência, que aparece ora caracterizada pelo prazer da presença do outro, ora pela angústia, medo e solidão, devido à responsabilidade pelo cuidado deste.

Os discursos a seguir revelam a percepção do familiar quanto a algumas circunstâncias experienciadas com a pessoa com transtorno mental, que perpassam pelo mundo da família.

Eu que trago ele prá cá, quando precisa. Corro com ele. A gente passa um trabalhinho com ele. [...] A gente trabalha, não pode ficar com ele ali embaixo [referindo-se à necessidade de um acompanhante no pronto-socorro, durante o período de observação]. Daí eu disse pro doutor: eu não posso ficar com ele [balança a cabeça em afirmação negativa]. Eu trabalho e tenho cinco crianças. Não posso ficar, não tenho como ficar. Eu vim trazer ele, mas não posso ficar. (F1)

E vou me virar em duas pessoas, pra cuidar dele e cuidar da mãe [...] Daí vai ser assim, cuidando da mãe e cuidando dele. Daí não sei se eu vou poder trabalhar [...] [Suspira] A vida é dura, mas tem que trabalhar. (F8)

Revelam-se as complicações na relação entre o familiar e a pessoa com transtorno mental, uma vez que tal vínculo é atravessado por situações cotidianas. A interação entre os seres envolvidos no cuidado e as demandas da vida diária, por vezes, torna-se geradora de sofrimento para ambos, pois se estabelece uma relação de dependência entre os sujeitos, que os sufoca e induz o familiar perceber-se preso à pessoa com transtorno mental.

Emerge também a preocupação e a sobrecarga do familiar que assume mais diretamente a responsabilidade do cuidado, enquanto que os demais se mantêm ausentes ou negam suas responsabilidades e cooperação. Torna-se evidente a pressão e sofrimento a que este familiar é exposto, já que possui pouca parceria para compartilhar suas dificuldades e o cuidado da pessoa com transtorno mental.

Os discursos mostram a vivência do sofrimento no mundo da família, que, em decorrência do transtorno mental, torna-se uma generalidade, e é decorrente de ser humano sentir o nós. Sabe-se que todo indivíduo possui uma história de vida com traços diferentes e também apresentam características sociais, culturais que os diferenciam uns dos outros e os tornam sujeitos no mundo. Pode-se dizer que o ser humano é também preenchido pela “impessoalidade, que os capacita a sentir o que o outro sente”.^{17:72}

Única coisa que ele [a pessoa internada] questionava nós, é que nós tratava ele diferente, porque a gente não queria cobrar muita coisa dele e não botar ele pra trabalhar. Ele não tem condições. (F3)

Ele não quer ajudar o pai, como eu planto arroz [...] E ele não é sabe, de trabalhar na lavoura, não quer, não gosta [balança a cabeça em afirmação negativa]. (F5)

É um trabalhador que eu gostaria de contar com ele pra trabalhar em qualquer segmento, se ele estivesse, obviamente, são. (F7)

Manifesta-se a dificuldade do familiar conceber o transtorno mental como uma doença que permite à pessoa acometida ocupar-se com funções que lhe proporcionem valorização, como qualquer outro ser humano, e não somente como algo definitivo, que não oferece outras perspectivas ou possibilidade de melhora. Parece que a família tem dificuldade em vislumbrar atividades alternativas para a participação da pessoa com transtorno mental no lar ou na sociedade. Revela-se importante pensar, que questões relacionadas ao desconhecimento da doença, às experiências de vida, as crenças pessoais,

Freitas FF de, Terra MG, Silva AA da et al.

entre outras, contribuem para um ponto de vista pessimista acerca da doença do outro.

Uma possibilidade para que essa pessoa sint-se inserida, útil e apreciada é estimular a realização de tarefas na casa em que ela vive, se tiver condições e disposição, pois, ao participar de certas atividades que beneficiam a todos os familiares, estará colaborando para um convívio harmonioso, um relacionamento mais compreensivo, estável e a redução ou ausência de sobrecargas para algum componente da família.¹⁸

Minha vó sempre teve um probleminha assim mental e ficava meio difícil de ir lá, conviver 24h [baixa o olhar e a entonação da voz] [...] Ela arrumava encrenca com todo mundo [...] Ela tinha rixa com as minhas irmãs, com a minha mãe, com o meu tio, mas era por causa da doença. (F6)

Às vezes, saía uma discussão [entre a pessoa internada e a sogra], mas é sempre isso aí. Junto não é... é difícil dar certo, ninguém dá certo, acho. É que não deu ainda, não consegui fazer uma casa pra mim. E por enquanto tô morando, até conseguir, com ela [sua mãe]. (F10)

Os conflitos representam uma das principais dificuldades presentes no mundo familiar, visto que sintomas de alguns transtornos mentais desencadeiam nas pessoas que os possuem irritabilidade, euforia, crenças falsas de perseguição ou grandeza, tornando o familiar seu alvo central de críticas, hostilidade e desconfiança, pela proximidade da convivência ou por ser o principal incentivador e acompanhante do tratamento. Observa-se que o familiar mostra entendimento sobre tal situação, pois reconhece que esses eventos são motivados, principalmente, pelo estreito convívio e/ou pela sintomatologia da doença.

Essa compreensão é importante para reduzir ou evitar desavenças, o que promoverá a união dos familiares para o enfrentamento do transtorno mental, a percepção e respeito destes às singularidades e limitações da pessoa com a doença, o progresso de sua reinserção social e a solidificação do sentimento de família¹⁸. Dessa maneira, a pessoa com transtorno mental demanda resiliência, capacidade de discernimento, paciência e persistência do familiar, qualidades que ilustram a dedicação necessária para ofertar cuidado a estas pessoas.

Ele é bom, ele ajuda a gente. Ele ajuda, também. Dá dinheiro, compra alguma coisa e dá para gente também. [...] A gente também acha falta dele. [...] Porque ele é bem calmo, depois que ele sai daqui ele fica

Alta hospitalar da pessoa com transtorno mental...

um ano, dois anos, ele fica assim bem bom. Mas chega fim de ano ele começa. (F1)

Evidencia-se, aqui, o sentimento de pertença da família, representada por este familiar, em relação à pessoa com transtorno mental, pois suas virtudes são identificadas com afeição; sua ausência no lar é percebida, quando se faz necessária a internação, e há o reconhecimento do período de estabilização da doença, assim como do início de uma crise. Deste modo, desvela-se que é possível preservar e fortalecer os laços familiares, apesar dos momentos de desorganização e desavenças frequentes que possam ocorrer.

O compartilhamento da existência e de uma história de vida proporciona os ensinamentos necessários para que os membros da família reconheçam suas necessidades, afinidades e comprometimento uns para com os outros, consolidando, assim, uma convivência que estimula o bem estar e a superação das adversidades enfrentadas no cotidiano. É nesta atmosfera de apoio mútuo que a reaproximação dos familiares acontece, colaborando para a inserção da pessoa com transtorno mental na família e comunidade.¹⁹

Dessa forma, percebe-se que o transtorno mental atinge a todos os integrantes do mundo familiar e, diante desse evento, é preciso auxiliar essas pessoas a reorganizar seus lares e suas vidas, para que o remanescente dessa convivência e desses afetos após o surgimento da doença, seja mobilizado e propicie a oportunidade de ressurgir e manter-se a família. Esta nasce de um gesto de amor, mas, quando esse sentimento desaparece, a essência familiar morre e a ligação entre estas pessoas é mantida pela formalidade e conveniência, e não mais pelo desejo de partilhar uma vida.²⁰

♦ A existencialidade do familiar na relação com o outro (a pessoa com transtorno mental)

O ser familiar aparenta ter adormecido seu corpo, pois renuncia ao que traz sentido à sua vida, em nome do outro. Seu mundo perde a identidade, pois suas vivências confundem-se com as da pessoa com transtorno mental. Poucas são as oportunidades de o familiar realizar algo para si, existe a necessidade de pensar no outro, com o outro.

Permaneceu latente na obra do discurso e surgiu nas entrelinhas das entrevistas o mundo sujeito de cada familiar, que se encontra fragilizado pelo enfrentamento dos episódios de crise do transtorno mental; por precisar lidar com o preconceito da sociedade, que exclui a pessoa cujo comportamento pode não corresponder aos padrões estabelecidos; pela

Freitas FF de, Terra MG, Silva AA da et al.

exaustão do cuidado do outro; pelo suporte ainda deficiente da rede de saúde; pelas dificuldades financeiras; pelas reflexões e perspectivas futuras sobre a causa da enfermidade.

Nos próximos discursos, são desveladas as inseguranças, as percepções e os obstáculos com que o familiar se depara no cuidado à pessoa com transtorno mental.

Tem que se cuidar dele. É muito perigoso. Eu tenho medo dele, sabe. Nós lá em casa temos muito medo dele. A gente tem criança pequena, tem medo. (F1)

Eu não fico tranquila, fico muito preocupada com ele, mesmo assim também, quando ele fica com os filhos. Eu tenho medo, assim, que a qualquer momento ele esteja bem, dali a pouco ele pode ficar ruim. Então eu tenho medo, porque daí já começa em primeiro lugar com agressividade. (F9)

Como mencionado acima, o medo parece ser companhia constante do familiar. Estes seres temem a agressividade, que pode ser direcionada a eles, aos outros ou ao ambiente, e os riscos advindos da imprevisibilidade do comportamento. Frequentemente é nos momentos de crise da pessoa com transtorno mental que o familiar vivencia o medo com maior intensidade¹⁸, pois se trata de uma circunstância crítica, em que os corpos de ambos permanecem em estado de alerta, devido à sensação de ameaça iminente. Uma existência tomada pelo medo, invariavelmente, resultará em sofrimento para este familiar.

O pai dele brigou comigo e ele foi se meter, daí que se manifestou esta doença [...] Um dia, daí, já com 19 anos, ele não se aguentou, começou a brigar e saiu apelando pra o soco no pai [...] Ele veio a ficar doente, acabou ficando internado [...] Ele não nasceu com esse problema, ele era quieto só, ele era nervoso. (F2)

Mais uma vez o familiar faz referência a situações em que hostilidade e discussões se fizeram presentes no lar. Conflitos de qualquer ordem originam sofrimento em todos os implicados: casal, filhos, irmãos, entre outros familiares.

Além disso, o discurso traz a explicação do familiar para o transtorno mental, pois, na incerteza de um fator desencadeante para a doença, relembram vivências negativas que possam ter contribuído para a situação atual. Esta ação também revela a intencionalidade de aliviar a ansiedade e insegurança diante de seus questionamentos, muitas vezes sem resposta.

Ele não queria mais [ingerir a medicação], aí ele dizia que tava fazendo mal, que dava

Alta hospitalar da pessoa com transtorno mental...

dor de estômago [...] A vó dele deixou ele tomar o remédio por conta, só que ele não toma [...] Dêem o remédio [a mãe recomendando os demais familiares], porque ele é resistente, não quer tomar. (F3)

Esse problema que ele teve agora, mas é culpa dele, porque a gente sempre dá auxílio [...] Agora ele viu de novo, onde é que veio parar, por causa do problema dele, que ele deixou de tomar os remédios. Não precisava tá aqui, mas como ele é teimoso [...]. (F5)

Os discursos mostram um dos desafios do familiar da pessoa com transtorno mental: esclarecê-la sobre a doença e a importância da continuidade do tratamento. Os familiares exprimem decepção, pois sua voz não é ouvida quando alertam os demais membros da família sobre a possibilidade de a pessoa não ingerir a medicação ou quando a mesma não dá atenção aos conselhos sobre as implicações do abandono do processo terapêutico. Isso evidencia a falta de auxílio para a manutenção do tratamento e frustração, devido aos embates e insucessos frequentes na tentativa de sensibilizar essa pessoa. Dessa frustração advém a culpabilização da pessoa doente por não seguir os cuidados e as recomendações dos familiares e profissionais da saúde, assim como, a responsabilização do familiar por também não adotar tais orientações.

Em referência à comunicação, Merleau-Ponty expõe que, em um diálogo, a palavra do outro toca nossas significações. Quando lhe falo e o ouço, o que escuto insere-se nos espaços do que digo; minha palavra intercala-se com a do outro, me escuto nele e ele em mim. No entanto, para que as diferenças de expressão sejam convertidas em sentido, é necessário um momento de reencontro, de admiração; não com o que há de semelhante entre os sujeitos, mas com o que há de distinto, e, para isso, é imprescindível que eu e o outro estejamos dispostos a transformar algo em nosso interior.¹²

Ele já veio umas quantas vez internado. Várias vezes [...] Da última vez ele mesmo pediu. Ele me pediu pra trazer ele, que ele se sentiu mal. Ele mesmo pediu pra trazer ele. (F1)

Foi bom ela ter vindo pra cá, porque ela tava com uma séria crise desses problemas dela [...] Foi muito bom a gente conseguir trazer ela pra cá, pra ela se tratar. (F6)

Embora atualmente o hospital não seja a primeira opção para a terapêutica do transtorno mental, visto que é considerado um ambiente impositivo, de privação de liberdade e exclusão, a internação hospitalar ainda é percebida como uma oportunidade de cuidado

Freitas FF de, Terra MG, Silva AA da et al.

Alta hospitalar da pessoa com transtorno mental...

pela pessoa que necessita de tratamento²¹ e seus familiares. Estes referem grande dificuldade em lidar com o outro nos momentos de crise no domicílio, pois não possuem estrutura física semelhante aos serviços de saúde e a pessoa é resistente as orientações e intervenções dos familiares; muitas vezes porque reconhece que seu comportamento desencadeia medo na família e que estes, já fragilizados pela série de acontecimentos que vivenciam, não conseguirão manter a segurança e a firmeza em suas atitudes.

Sendo assim, desvela-se a necessidade de atenção ao familiar e, em especial ao familiar que cuida, que nas entrevistas explicita sua necessidade de ajuda e cooperação, para exercer o cuidado do outro. O apoio dos serviços de saúde mental revela-se importante para auxiliá-lo a pensar e realizar o cuidado desse membro da família. Igualmente, percebe-se a urgência em estimular a reflexão do familiar quanto ao cuidado de si, pois a convivência contínua com a pessoa com transtorno mental origina dificuldade de reconhecer-se como corpo sensível, também merecedor de atenção. Deixando o cuidado de si em segundo plano, o familiar também está susceptível ao desenvolvimento do transtorno mental.

Tal urgência corrobora as transformações ocorridas no papel do enfermeiro em saúde mental, em consonância com a nova proposta de atendimento às pessoas com transtorno psiquiátrico, pois a ampliação do olhar para as possibilidades de atuação desses profissionais permitiu que além da coordenação, administração e avaliação das atividades da equipe de enfermagem, fossem desenvolvidas novas tecnologias de cuidado com a participação ativa do enfermeiro como: elaboração de projetos terapêuticos, participação em oficinas, grupos e práticas em sala de espera, função atuante na equipe multiprofissional e agente terapêutico junto à população assistida.²²

Além disso, na medida em que os sentimentos dos familiares são conectados aos da pessoa com transtorno mental, emergem vivências de cuidado, pois estas podem ser observadas como ações para interação, coexistência. Percebe-se que o familiar busca em si um empenho para a recuperação do outro.¹²

♦ Ambiguidade da alta hospitalar: entre a possibilidade de convívio e o receio de uma nova crise

Os discursos revelam a reflexão da existência do familiar, as suas percepções dos

acontecimentos relacionados à história do mundo do ser com transtorno mental, que afeta seu vivido diário; desvelam uma relação ambígua com a pessoa que está recebendo alta, qual seja, a possibilidade de convívio e o receio de uma nova crise.

A ação de sair com a pessoa com transtorno mental do hospital inter-relaciona-se com a duração do internamento, pois o familiar pode dedicar a parcela do seu tempo utilizada para o cuidado do outro, a si, indicando um aspecto positivo desse período. Este instante de reencontro consegue propicia o restabelecimento de suas forças, pois promovem descanso, sensações agradáveis e afasta a atenção das experiências negativas. Por meio do distanciamento das dificuldades, o familiar se fortalece para pensar o transtorno mental como uma circunstância que pode ser enfrentada.¹⁹

Exemplificando uma perspectiva negativa para o familiar quanto à alta da pessoa com transtorno mental, cita-se o receio de uma nova crise, geralmente desencadeada pelo abandono do tratamento; por situações estressoras no relacionamento familiar, afetivo ou com a sociedade, ou por meio do resgate de vivências dolorosas experimentadas nos momentos de colapso. Apreendemos as coisas da maneira que as vemos sob determinado ângulo e distância, por esse motivo os fenômenos são indefinidos e ambíguos.²³

Nesse sentido, os discursos abaixo revelam a diversidade de sensações vivenciadas pelo familiar no momento da alta da pessoa com transtorno mental.

Bem faceira, e feliz [sorrindo] [...] E as crianças principalmente também, tão esperando ele. Esses dias, o médico me chamou pra ver sobre uns medicamentos que era pra pegar e acharam que era alta dele [...] Daí cheguei lá [em casa] e ficaram tudo triste. (F2)

Ah é uma felicidade [sorrindo]! É que lá em casa, a alegria da casa é ele, sabe. [...] Nós arrumamos, pintamos o quarto, para esperar ele. E nós estamos esperando ele bem faceiros. (F8)

Percebe-se que o retorno da pessoa com transtorno mental à sua casa, desperta grande expectativa na família. Há uma mobilização para preparar cuidadosamente o ambiente e uma intensa ansiedade pela chegada do outro; ambas as sensações são motivadas pelo afeto e desejo de receber o outro da melhor forma possível, revelando um genuíno sentimento de felicidade da família por ter a pessoa com transtorno mental de volta no lar, também expressado em seus corpos, pelo sorriso.

Esperar, vamo vê [...] De repente agora ele mudou, não sei, vamo vê. É por causa do problema dele. Vamo vê agora como vai ser daqui pra adiante. (F5)

Transparece aqui certa descrença em que a pessoa que deixa o hospital seja capaz de modificar suas atitudes. Essa incredulidade do familiar aparentemente é desencadeada pelo enfrentamento repetido da resistência da pessoa com transtorno mental em aceitar-se portadora de uma doença e sua dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso. O ceticismo merece atenção e intervenção dos profissionais da saúde para que não se converta em desesperança; quando o familiar associa o cuidado ao sofrimento, não visualiza mais possibilidades de melhora e passa a acreditar que de nada adianta auxiliar a pessoa com transtorno mental.²⁴

Uma vitória até, ela sair daqui [...] Daí não tem mais o que fazer[...] O negócio é levar, vou tentar [...] Vou tentar tudo pra ficar com ela, mas se ela não se ajudar[...] E eu tenho uma coisa pra dizer: eu tô fazendo isso não é tanto por ela, mais pela minha mãe [levanta o dedo indicador] [...] Então, acho que é isso que eu vou fazer, essa homenagem pra mãe. (F4)

É muito bom, sabe, tu poder levar a tua vô embora agora. Querendo ou não, é parte da família [inclina a cabeça para o lado direito aparentando resignação]. (F6)

Esses discursos sinalizam ambigüidade nas palavras dos familiares, pois, em um primeiro momento, afirmam que a alta é um acontecimento positivo, mas em seguida expõem desejo de valorização por trás de certas atitudes e conformismo.

Culturalmente espera-se que a família mostre interesse, consideração e acolhimento contínuos à pessoa com transtorno mental, mas as relações familiares permeadas pela doença psiquiátrica tendem a ser mais intrincadas. Assim, os vínculos afetivos entre os componentes da família se desgastam e a alta da pessoa com transtorno mental traz à tona sentimentos conflitantes, carregados pelas vivências negativas experienciadas pelos familiares e pelos significados construídos em relação a essas experiências.

Tais sentimentos revelam que “não há vida ‘interior’ que não seja um primeiro ensaio de nossas relações com outrem”. Sendo assim, não somos estáveis devido à ambigüidade que o ser humano (familiar) vivencia por ser um corpo, possuir uma história (pessoal e coletiva), o que revela que aquilo que objetivamos seja intencional e dependa das escolhas que ele faz a partir das interações e relações estabelecidas com as coisas e com o outro.^{12:52}

A ambigüidade das coisas aparece sempre em perfil, como uma relação figura-fundo, em que a manifestação da figura vela o fundo e o desvelar desse fundo pode desvelar diversas figuras. Isso significa que o sentir e o refletir não são observados ao mesmo tempo, porém compõem uma mesma unidade. Assim, toda afirmação do familiar atesta a cada instante que “enquanto nosso olhar viaja através do espetáculo, somos submetidos a um certo ponto de vista, e esses instantes sucessivos não são passíveis de sobreposição para uma determinada parte da paisagem^{6:14}, pois todo “engajamento e mesmo toda negação, toda dúvida tem lugar em um campo previamente aberto, atesta um si que se toca antes dos atos particulares”.^{6:479}

Sendo assim, percebe-se que os três temas que desvelam os significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental, expressam ambigüidade. Por esse motivo, não se pode atribuir um único significado à alta, uma vez que a ambigüidade acontece em consequência de um movimento contínuo entre a percepção objetiva e sensível de cada familiar.²⁵

As vivências dessas pessoas são intensas e circulam constantemente entre o que o familiar consegue descrever, racionalizar e o que ele verdadeiramente sente, independente de sua vontade. Essa dinâmica é influenciada por experiências vividas anteriormente, pelo corpo familiar, que não é capaz de apreendê-las, por completo, ao mesmo tempo. Em razão disso, a percepção revela-se ambígua e seu significado pode ser adaptado ao momento em que acontece.²⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mundo familiar mostrou-se por meio de multiplicidade de sensações que envolve todos os seres que coexistem com o transtorno mental. Os familiares experimentam percepções ambíguas acerca do outro que os distanciam de seu ente, quando restringem sua atenção à doença, e os sensibilizam quando se abrem para compreender a vivência do outro. A incerteza dos sentimentos é permeada pelo anseio de apoio mútuo, com vistas a reaproximar a família e restituir o entendimento e afeto, no convívio com a pessoa com transtorno mental.

A existencialidade do familiar na relação com o outro foi abdicada, devido ao pesar pela manifestação do transtorno mental naquele membro da família, associado à consciência de suas implicações. O familiar intenciona partilhar com o outro este encargo, não permitindo que ele sofra sozinho, mas nesta tentativa de apoio, ele experimenta

sensações inerentes ao viver humano (medo, dúvida, frustração, desconfiança), que o fazem atentar novamente a si e perceber que ele também padece com a doença do outro. Mas não sabe ou não consegue pedir ajuda. Em seu discurso aparece que ele precisa de auxílio para cuidar melhor do outro, e também necessita ser cuidado.

A ambiguidade da alta é manifestada pelo familiar por meio de suas descrições vivenciais ao sorrir, motivado pela vontade de acolher a pessoa no retorno para casa; por um olhar desacreditado, que percebe a alta como uma questão de tempo para reviver as dificuldades enfrentadas com a pessoa com transtorno mental, ou por um discurso ambíguo, que denota as sensações e intenções contraditórias experienciadas pelo ser no mundo.

Esta pesquisa revela que o significado atribuído pelo familiar à alta hospitalar é ambíguo, que exprime o entrelaçamento de duas naturezas: a impessoalidade (mundo da vida) e a pessoalidade (mundo da cultura). De um lado, ele vivencia sensações otimistas, e do outro descrenças, ao levar a pessoa com transtorno mental de volta ao lar. Em um polo, o familiar manifesta o desejo de aceitação e capacidade de ressignificar-se na família por meio das suas ações, relações e interações com o outro que necessita ser cuidado. Já, em outro polo, expressa as relações diárias no contexto familiar, o receio de uma nova crise desencadeada pelo abandono do tratamento e experiências estressoras sofridas pelo comportamento do outro que não é aceito pela sociedade.

A enfermagem na atenção hospitalar necessita direcionar mais seu olhar ao familiar, pois as consequências do transtorno mental não se restringem à pessoa acometida pela doença ou às paredes da unidade de internação. Compreender a vivência do familiar poderá auxiliar no cuidado prestado pela enfermagem e nas atividades da equipe multiprofissional da unidade psiquiátrica, possibilitando um melhor planejamento da alta da pessoa com transtorno mental e o desenvolvimento das potencialidades da família para o fortalecimento de vínculos, cuidado integral e parceria com o serviço de saúde.

É preciso fomentar ações de grupos de educação em saúde como um espaço de expressão do corpo próprio, uma vez que possibilita a retomada do vivido (corpo habitual) por meio da ação do corpo perceptivo. Nesse espaço, é possível contemplar a assistência à família, bem como os aspectos relacionados ao transtorno mental

da pessoa hospitalizada, no que tange ao plano de alta e tratamento, pois é evidente a necessidade de informações dos familiares. O acesso ao conhecimento, indubitavelmente, os capacitará para receber o outro de volta no lar e representará estímulo para um cuidado mais afetivo e otimista.

O familiar está sempre presente no cotidiano dos enfermeiros, sendo parceiro na continuidade do cuidado, mas ele carece de orientações sobre saúde/doença e apresenta vulnerabilidades, portanto, merece atenção dos profissionais, para tomar decisões e realizar ações de cuidado de forma mais ativa. Os familiares têm a possibilidade de compreender as orientações que lhes são fornecidas e têm autonomia para escolher a melhor maneira de cuidar do outro.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF; 2001.
2. Berlinck MT, Magtaz CA, Teixeira M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Rev latinoam psicopatol fundam* [Internet]. 2008 [cited 2011 Sept 20]; 11 (1): 21-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n1/a03v11n1.pdf>.
3. Jorge MSB, Abreu AGC, Lopes CHAF, Morais APP, Guimarães JMX. Saúde mental e suas dimensões: análise documental das publicações de periódicos de 2000 a 2005. *Rev gaúcha enferm* [Internet]. 2008 [cited 2011 Mar 19];29(3):468-74. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/6776/4079>.
4. Gonçalves AM, Sena RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev latinoam Enferm* [Internet]. 2001 [cited 2011 July 18];9(2):48-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>.
5. Souza RC, Scatena MCM. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. *Rev latinoam Enferm* [Internet]. 2005 [cited 2011 May 16]; 13 (2): 173-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a07.pdf>.
6. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura. Martins Fontes: São Paulo; 1999.
7. Angelo M, Bousso RS, Rossato LM, Damião

Freitas FF de, Terra MG, Silva AA da et al.

Alta hospitalar da pessoa com transtorno mental...

EBC, Silveira AO, Castilho AMCM et al. Family as an analysis category and research field in nursing. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2012 Sept 20];43(n.spe2):1337-41. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a33v43s2.pdf.

8. HUSM. Relatório Semestral do Serviço de Estatística. Santa Maria; 2012.

9. Terra MG, Silva LC, Camponogara S, Santos EKA, Souza AIJ, Erdmann AL. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. Texto & contexto enferm [Internet]. 2006 [cited 2011 Feb 12];15(4):672-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a16.pdf>.

10. Brasil. Resolução nº 196, 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF; 1996.

11. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad saúde pública [Internet]. 2008 [cited 2011 Oct 18]; 24 (1): 17-27. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>.

12. Merleau-Ponty M. A prosa do mundo. Trad. Paulo Neves. Cosac & Naify: São Paulo; 2002.

13. Chauí M. Os pensadores, Maurice Merleau-Ponty, Textos Selecionados. Abril Cultural: São Paulo; 1980.

14. Terra MG, Gonçalves LHT, Santos EKA, Erdmann AL. The use of Paul Ricoeur's Hermeneutic-phenomenology philosophy as a methodological framework to guide an educational nursing research. Acta paul enferm [Internet]. 2009 [cited 2011 Feb 12]; 22 (1): 93-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/en_a16v22n1.pdf.

15. Ricoeur P. Teoria da Interpretação. Edições 70: Rio de Janeiro, 1976.

16. Ricoeur P. Interpretação e ideologias. 4th ed. F. Alves: Rio de Janeiro; 1990.

17. Carvalho, AS. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. 2nd ed. Agir: Rio de Janeiro; 1991.

18. Brischiliari A, Waidman MAP. O portador de transtorno mental e a vida em família. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2012 [cited 2012 Sept 12];16(1):147-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a20.pdf>.

19. Dias AB, SILVA MRS. Processos familiares no contexto do transtorno mental: um estudo sobre as forças da família. Ciênc cuid saúde

[Internet]. 2010 [cited 2012 Feb 23];9(4):791-98. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude>.

20. Santin S. Dilemas no cuidado à família sob o olhar da filosofia. [Internet] 2000 [cited 2011 Oct 07]; 67-74. Available from: <http://silvinosantin.wordpress.com>.

21. Furlan MM, Ribeiro CRO. An existential health care approach in hospital psychiatric nursing. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2012 Oct 16];45(2):390-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/en_v45n2a12.pdf.

22. Damásio VF, Melo VC, Esteves KB. Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2008 [cited 2012 Nov 14];2(4):425-33. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/viewFile/329/pdf_404.

23. Matthews E. Compreender Merleau-Ponty. Vozes: Petrópolis; 2010.

24. Schülhi PAP, Waidmam MAP, Sales, CA. O cotidiano familiar da pessoa com esquizofrenia: cuidando no domicílio. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2012 [cited 2012 Sept 8];14(1):16-24. Available from: http://portais.ufg.br/projetos/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a02.pdf.

25. Sena ELS, Boery RNSO, Carvalho PAL, Reis HFT, Marques AMN. Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. Texto & contexto enferm [Internet]. 2011 [cited 2012 Oct 23];20(2):310-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a13v20n2.pdf>.

Submissão: 29/01/2013

Aceito: 22/08/2013

Publicado: 01/11/2013

Correspondência

Fernanda Franceschi de Freitas
Hospital Universitário de Santa Maria
Unidade de Internação Psiquiátrica Paulo Guedes
Av. Roraima, prédio 22, Campus UFSM - Bairro Camobi
CEP. 97105-900 – Santa Maria (RS), Brasil