UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARCELA MARTINS FURLAN

**O sentido de ser internado em hospital psiquiátrico
à luz da fenomenologia de Heidegger**

Ribeirão Preto

2008

MARCELA MARTINS FURLAN

**O sentido de ser internado em hospital psiquiátrico
à luz da fenomenologia de Heidegger**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientador: Profa. Dra. Cléa Regina de Oliveira
Ribeiro

Ribeirão Preto

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: SELMA MARIA DE JESUS

Furlan, Marcela Martins.

O sentido de ser internado em hospital psiquiátrico à luz da fenomenologia de Heidegger / Marcela Martins Furlan. – Ribeirão Preto : [142 p.], 2008.

Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –
Universidade de São Paulo, 2008

Orientadora: Cléa Regina de Oliveira Ribeiro

1. Saúde mental 2. Enfermagem psiquiátrica 3. Hospitais psiquiátricos -
pacientes - Brasil

CDD 610.736890981

Palavras-chave: Enfermagem; Fenomenologia; Internação psiquiátrica; Saúde
mental

FOLHA DE APROVAÇÃO

Marcela Martins Furlan
O sentido de ser internado em
hospital psiquiátrico à luz da
fenomenologia de Heidegger

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre.
Área de concentração: Enfermagem
Psiquiátrica

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao Mauricio, esposo dedicado, com carinho e eterna gratidão, por não haver titubeado quando nosso amor foi colocado á prova por um sonho meu – o sonho da academia. A ele, sempre cuidadoso com nosso dia a dia, que tantas vezes compreendeu a minha ausência para que eu continuasse escrevendo a dissertação, e que tantas vezes me acompanhou pelas estradas a caminho deste sonho (e continua acompanhando...), afirmando sempre que eu poderia alçá-lo...

A Maria das Graças, querida mãe, que me colocou os livros a mão, me permitindo com eles dividir a infância em uma biblioteca e não retirou em nenhum momento de minhas mãos o giz, quando as paredes de nossa velha casa eram totalmente preenchidas de palavras... A ela que me mostrou que o mundo inteiro estava em um livro....

A Nena, tia querida, que se permitiu ser aluna para que eu pudesse brincar de ensinar.... e com toda a sua possibilidade, brincou de escrever. Por tantos anos.

A Diva, por manter viva em meu coração a lembrança de uma infância feliz com uma pessoa querida que se foi... tempo aquele que, em minha personalidade, culminou no desenvolvimento deste trabalho. A ela, sempre presente, apesar da distância.

A Cléa, professora carinhosa, que me mostrou na filosofia o caminho para a enfermagem... A Cléa, quem me apresentou Heidegger... A Cléa a quem devo a mudança de olhar, quem exclusivamente me mostrou que vale a pena persistir neste caminho... Em sua musicalidade, transparece fenomenologia....

Aos meus professores de uma vida inteira, que me apresentam todos os dias a ciência, vestindo-a de um colorido mágico que chega a ter perfume.... a eles, exemplos de uma vida, que me apresentaram com amor o universo da letra...

AGRADECIMENTOS

A Cássia Maria Soares Cahil, por um dia ter-me ensinado a sistematizar os trabalhos literários, já sinalizando a minha ocupação deles... pelas pesquisas que foram se somando, pela tolerância... A ela pelo esforço de viver e por saber tão bem ensinar isso às pessoas.

A todos os profissionais que compõem a Biblioteca da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), pela incessante disposição e carinho, sempre mostrando-me o caminho literário... A eles todos que amorosamente me acolheram entre as estantes infinitas de uma biblioteca, de onde tudo começou....

A Rosemary Cristina da Silva (Meire) e Luciana Pizzani, bibliotecárias da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), a quem devo especial agradecimento na tessitura deste trabalho, pela valiosa contribuição na revisão.

A Maria Carolina Cassarotti, pelas palavras de encorajamento nos difíceis momentos de desenvolvimento do estudo, por compartilharmos da mesma sede de conhecimento. Quem mostrou, no exemplo pessoal, a coragem necessária na trajetória acadêmica.

A Luciana Spadin, cara amiga, que me conduziu pela mão para o caminho da psiquiatria...

A Carlos César Breda, primo e amigo, que me surpreendeu com sua dedicação e proximidade, ajudando na abertura do meu caminho à docência...

A Adriana Borela Arantes, secretária do Departamento de Ciências Humanas e Enfermagem Psiquiátrica, pela inestimável contribuição desde o nascimento da idéia que gerou a dissertação, ainda no curso de especialização em Enfermagem Psiquiátrica, até os últimos dias de sua confecção, e pela tolerância necessária ao mostrar os caminhos...

A Ana Maria Pimenta, professora querida, pela valiosa participação em alguns momentos cruciais deste trabalho, pela doçura com que ensina...

A Magda, professora amada que me conduz, ainda na lembrança, pelo caminho ético, trilhando com seriedade a profissão.

A Maria Alice Pereira e Vânia Moreno, que conduzem centenas de alunos pelo cenário da psiquiatria no esforço diário de transformação... A elas de quem fui eu aluna...

A Janice e Ana Guilhermina, para mim modelos eternos de dedicação e profissionalismo, que me sinalizaram o como fazer em psiquiatria, norteando a cada dia a minha prática...

A Rosentina Helena Andrade, enfermeira e amiga, que viabilizou minhas tentativas de crescimento profissional e acreditou na minha trajetória.... me mostrando as nuances do mundo....

Aos profissionais do Serviço Residencial Terapêutico Recanto das Flores e do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo, em Botucatu, pelo exemplo real de dedicação e amor, por permitirem a minha presença nestes espaços que modificaram completamente a minha concepção sobre o cuidar em saúde mental... A eles que vivem a vida do portador de transtorno mental, sempre buscando acolher e compreender...

A todos os enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, médicos, auxiliares de enfermagem e auxiliares de terapia ocupacional do Hospital Cantídio de Moura Campos, com quem dividi as angústias e inquietações, que compreenderam minhas ausências e se mobilizaram para supri-las durante as minhas viagens a Ribeirão Preto, e que forneceram os elementos vivenciais todos que utilizei neste trabalho literário.

Aos sujeitos da pesquisa, Pedro, Ozório, Eli e Bárbara, que representam centenas de pessoas que comigo dividiram os espaços da psiquiatria e que, acima de tudo, em sua dor, motivaram este estudo.... e para quem este estudo retorna.

Aos professores que comigo dividem o espaço da Universidade Federal de Mato Grosso, que me apresentam todos os dias a beleza do conhecimento, que me doam um pouco do que sabem a cada encontro...

*“A colina suave não seduz o alpinista.
Ele quer o perigo dos abismos, o calafrio
das neves, a sensação de solidão. A terra
firme, tão segura, tão sem medo, tão
monótona! Mas é o mar sem fim que nos
chama”.*

Um mundo num grão de areia

Rubem Alves (2003)

RESUMO

FURLAN, M.M. O sentido de ser internado em hospital psiquiátrico à luz da fenomenologia de Heidegger. 2008. 142 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

O campo da Saúde Mental no Brasil tem se voltado para a construção de serviços comunitários de atenção psiquiátrica, pautados nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, como possibilidade de substituir a lógica asilar pelo resgate das habilidades sócio-relacionais do doente mental, a partir da reabilitação psicossocial, sob a abordagem interdisciplinar. Entretanto, a experiência em psiquiatria mostra que o doente mental mantém-se transitando entre o serviço comunitário e o hospital psiquiátrico, sendo alvo, ainda hoje, da disciplinarização, violência e privação impostas pela instituição hospitalar. Neste sentido, constituiu objetivo deste estudo apreender o sentido de ser internado em hospital psiquiátrico, a partir do sujeito que vivenciou a experiência da internação. Para alcançar o objetivo proposto, o estudo recorreu ao referencial teórico-filosófico da ontologia fundamental de Martin Heidegger. Participaram da pesquisa quatro sujeitos portadores de transtornos mentais regularmente matriculados em um centro de atenção psicossocial no interior do estado de São Paulo, que aceitaram discorrer sobre a vivência da internação psiquiátrica, como se mostrou a eles, por meio de entrevista semi-dirigida gravada. Para tal, os sujeitos foram convidados a rememorar a experiência de ser internado em hospital psiquiátrico e tecer significações a respeito. A partir da apropriação de elementos do referencial heideggeriano, foi empreendida a Análise Existencial, que gerou a construção dos Núcleos do Sentido: (a) A mostraçõ do ser-aí no ser-doente-mental; (b) O modo de ser-no-mundo do ser-doente-mental e (c) Ser-no-mundo-cuidado na impessoalidade. Estes núcleos permitiram que a verdade do ser-doente-mental fosse desvelada a partir dele próprio, mediante o entendimento da estrutura do ser-aí (Dasein) proposta por Heidegger, mostrada pelo modo de ocupar-se da internação psiquiátrica. Ao emergir o ser-cuidado-no-mundo-com-o-outro, foi possível delinear o sentido de ser internado em hospital psiquiátrico, cerne da compreensão ontológica da vivência da internação psiquiátrica.

Palavras-chave: Enfermagem, Saúde Mental, Internação Psiquiátrica, Fenomenologia.

ABSTRACT

FURLAN, M.M. Meaning of being hospitalized in psychiatric hospital by the Light of Heidegger's phenomenology. 2008. 142 p. Dissertation (Master's degree) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Brazilian Mental Health field has been conducting building community psychiatric attention services, as possibility to substitute manicomial thinking for rescue of mental patient's social-relational abilities, through psychosocial rehabilitation, by interdisciplinary approach. However, psychiatric experience shows us that mental patient has kept himself passing through community services and psychiatric hospital, being marked, until today, by disciplinarization, violence and privation forced by hospitable institution. By this meaning, the study's objective was apprehending the meaning of being hospitalized at psychiatric hospital, passing through person that has lived the hospitalization's experience. To reach the objective proposed, the study made use of fundamental ontology of Martin Heidegger theory-philosophic referential. Took part in the search four people that have mental disease, regularly registered in a psychosocial attention service in interior of São Paulo, that accepted talk about psychiatric hospitalization live, like it showed to them, through a semi directed interview that was registered by recorder. For that, people were invited to remember the experience of being hospitalized at psychiatric hospital and weave meanings about that. Through elements by heideggerian referential appropriating, it was applied Existential Analytics, that generated the construction of Meaning's Nucleus: (a) Being there showing through mental-patient-being; (b) being-in-world way of mental-patient-being, and (c) Being-care-in-world by impersonality. These nuclei revealed the truth of mental-patient-being by himself, passing by the thinking about Being There structure proposed by Heidegger, that was showed in the way of devote oneself to psychiatric hospitalization. To emerge being-care-in-world-with-other, it was possible to define the meaning of being hospitalized at psychiatric hospital, focal point of ontological comprehension about psychiatric hospitalization live.

Key-words: Mental Health, Psychiatric Hospitalization, Psychiatric Hospital, Nursing, Heidegger, Phenomenology.

FURLAN, M.M. **El sentido de SER internado en un hospital psiquiátrico a la luz de la fenomenología de Heidegger**. 2008. 142 p. Disertación – Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirao Preto, 2008.

El campo de la Salud Mental en Brasil está siendo cambiado con el fin de construir servicios comunitarios de atención psiquiátrica, según las pautas de la Reforma Psiquiátrica, con posibilidades de sustituir el sistema de asilo por el rescate de habilidades sociorelacionales del enfermo mental, a partir de la rehabilitación psicosocial, bajo un abordaje interdisciplinar. Entretanto, la experiencia en psiquiatría muestra que el enfermo mental transita entre el servicio comunitario y el hospital psiquiátrico, siendo blanco, todavía hoy, de la disciplina, violencia y privación impuestas por la institución hospitalaria. En este sentido, el objetivo de este estudio fue aprehender el sentido de SER internado en un hospital psiquiátrico, a partir del sujeto que vivió la experiencia de internamiento.

Para alcanzar el objetivo propuesto el estudio recurrió al referencial teórico-filosófico de ontología fundamental de Martin Heidegger.

Participaron en la investigación cuatro sujetos con trastornos mentales y habitualmente ingresados en un centro de atención psicosocial en el interior del Estado de Sao Paulo que aceptaron reflexionar sobre la vivencia de internamiento psiquiátrico, como se les mostró, por medio de una entrevista semidirigida gravada. Para ello, los sujetos fueron invitados a rememorar la experiencia de SER internado en un hospital psiquiátrico y expresar el significado de este hecho.

A partir de la apropiación de elementos del referencial heideggeriano, se emprendió la Analítica Existencial, que generó la construcción de dos núcleos de sentido: (a) el mostrarse del ser ahí en el ser-enfermo-mental; (b) el modo de ser en el mundo del ser-enfermo-mental y (c) ser en el mundo-cuidado en la impersonalidad. Estos núcleos permitieron que la verdad del ser enfermo mental fuese desvelada a partir de sí mismo, mediante la comprensión de la estructura del ser ahí (Dasein) propuesta por Heidegger, mostrada por el modo de ocuparse del internamiento psiquiátrico. Al emerger el ser-cuidado-e-el-mundo-con-el-otro, fue posible delinear el sentido de ser internado en el hospital psiquiátrico, tronco de la comprensión ontológica de la vivencia de internamiento psiquiátrico.

Palabras clave: Enfermería, Salud Mental, Internamiento Psiquiátrico, Fenomenología.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO AO ESTUDO	11
1.1 Da construção da interrogação à proposta da pesquisa.....	12
1.2 A historicidade e a construção da identidade do manicômio no Brasil.....	17
1.3 A Lei 10.216/ 2001 e o hospital psiquiátrico no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil	20
1.4 Em busca da existência humana na internação psiquiátrica.....	24
2 OBJETIVO DO ESTUDO.....	27
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	29
3.1 O referencial teórico-filosófico: a fenomenologia heideggeriana.....	31
3.2 A questão do ser, em Heidegger – Considerações iniciais.....	36
3.3 A seleção do campo de estudo, dos sujeitos da pesquisa e do instrumento de apreensão do fenômeno.....	39
3.4 A dimensão ética considerada na pesquisa.....	47
4 A CONSTRUÇÃO DA COMPREENSÃO ONTOLÓGICA DA VIVÊNCIA DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	48
5 OS NÚCLEOS DO SENTIDO.....	52
5.1 A mostração do ser-aí no ser-doente-mental.....	54
5.2 O modo de ser-no-mundo do ser-doente-mental	77
5.3 Ser-no-mundo-cuidado na impessoalidade.....	98
6 O SENTIDO DE SER INTERNADO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.....	116
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
REFERÊNCIAS.....	136
ANEXOS.....	140

1.1 Da construção da interrogação à proposta da pesquisa

Traçar a minha trajetória no campo da enfermagem, enquanto vivência do pesquisador, possibilitará ao leitor um entendimento de *como* o fenômeno (ou objeto de pesquisa) - *a vivência da internação psiquiátrica* - a mim se mostrou, a ponto de constituir a interrogação que originou este estudo.

Durante a graduação, a preocupação com aspectos envolvidos na internação psiquiátrica levou-me a desenvolver, durante a disciplina de Enfermagem em Saúde Mental, um estudo intitulado “Internação Psiquiátrica X Compulsoriedade”, que abordou a periculosidade do doente mental e as internações compulsórias (judicialmente determinadas) em hospitais psiquiátricos não custodiais, tomando enquanto *locus* da pesquisa o hospital psiquiátrico “Prof. Cantídio de Moura Campos”, em Botucatu, interior do estado de São Paulo.

Naquele momento, em que não era aparente qualquer intenção em voltar-me profissionalmente para o campo da Saúde Mental, surgia, ainda que timidamente, uma primeira inquietação relacionada com a internação psiquiátrica.

Pela primeira vez, vislumbrei um [sub] mundo da psiquiatria, caracterizado por muros e portões reais que aprisionavam pessoas reais que foram esquecidas pela sociedade – o hospital se mostrou a mim, inicialmente, como a finalização das vidas das pessoas, gerando uma percepção de incoerência relativa à própria designação – “hospital” – e aos discursos acadêmicos da época, que sinalizavam uma nova psiquiatria, pautada na dignidade.

Finda a graduação, me vi inserida, enquanto enfermeira, no mesmo hospital psiquiátrico, onde exerci por seis anos a profissão de enfermeira. Durante mais de

quatro anos, atuei em uma unidade ('enfermaria') convencional de internação de indivíduos acometidos por transtornos mentais em agudização; a reflexão sobre a minha própria inserção profissional naquele ambiente hostil se tornou contínua e perturbadora.

Convivendo com a prática hospitalar, presenciei uma incessante violação aos direitos à autonomia e cidadania do indivíduo que traz em si o sofrimento psíquico, e o comprometimento da sua identidade frente ao isolamento de seu habitat e ao conjunto de práticas manicomiais massificadoras e reducionistas *ainda vigentes*.

Naquele cotidiano de trabalho, tive a percepção de que os profissionais encontram-se sobremaneira imersos no ambiente, que o sofrimento expresso pelo doente mental com relação à internação é ignorado. É como se, em meio às tecnologias disponíveis, não houvesse ali um ser humano que sofre.

Uma crescente insatisfação para com o modelo hospitalocêntrico, aliada a um *não entender* sobre o funcionamento da instituição, do ponto de vista da lógica institucional, impulsionou-me ao Curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, em 2005.

Durante este curso, optei por um estágio voluntário regular em um centro de atenção psicossocial, em Botucatu, constituído a partir de uma equipe profissional que fora anteriormente composta *no mesmo hospital psiquiátrico*, e tive a oportunidade de vislumbrar a prática da reabilitação psicossocial a partir de um serviço comunitário de saúde mental.

Conhecer este modelo terapêutico substitutivo, *de fato* calcado na valorização da subjetividade e no respeito ao doente mental, me levou a constatar uma dissociação entre as formas de *tratar / cuidar*, incoerente com as propostas de Reforma Psiquiátrica, de que este estudo tratará posteriormente.

Percebi uma incoerência na trajetória do doente mental: o mesmo usuário do serviço substitutivo continua a transitar pelo hospital psiquiátrico, vivenciando as duas formas de atenção, a meu ver, irredutíveis entre si.

Ao mesmo tempo, me vi sobremaneira frustrada com uma auto-percepção de impotência frente ao modelo de atenção em que eu própria estava inserida: *por que*, enquanto membro de uma equipe profissional, as minhas tentativas de modificação do ambiente se mostravam infrutíferas? Poderia eu vir a ser *mais um* profissional a corroborar este modelo? *Em que alicerce* se construiu o hospital psiquiátrico; qual seria a lógica daquele [dito] *cuidar*, permeado por violência e descaso para com o doente, que resistiria à minha intervenção e à de outros (poucos) colegas?

As questões acima apontadas, somadas a um entendimento do processo histórico em saúde mental que se consolidava em minha prática assistencial, constituíram inquietações a serem exploradas, que acabaram me direcionando ao curso de mestrado, no Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Assim sendo, tal questionamento permitira-me um delineamento inicial da interrogação: ***qual é o significado da internação psiquiátrica na vida do sujeito a ela submetido?*** Existe um sofrimento *percebido* relacionado? Como se dá este *hipotético* sofrimento (na percepção do sujeito exposto à internação)?

Em 2007, a partir da insatisfação já exposta com o meu mundo do trabalho, rompi os laços profissionais na unidade de internação e me inseri no Serviço Residencial Terapêutico, vinculado à mesma instituição psiquiátrica. Neste serviço, que nasce todos os dias sob um processo de nascer desejado e cultivado, percebi-me um dos modificadores da lógica da saúde mental, em um campo dinâmico de trocas vivenciais em que ao sujeito doente mental é, dia a dia, *mostrado* um mundo de possibilidades

existenciais no qual ele se lança vagarosamente e receoso – ainda marcado pelos longos anos de internação em hospital psiquiátrico.

Trabalhar com este outro propósito de permitir ao sujeito o *seu ser* e ajudá-lo a *ser* em outros espaços (propósito também cultivado pelo centro de atenção psicossocial, *locus* do estudo) me permite afirmar a possibilidade de um cuidar real para o doente mental, livre de violência e passível de considerar o sintoma *expressão* de vida, que parte do sujeito, enquanto linguagem dele; esta óptica, que é construída e não dada, abre portas, ao invés de trancá-las.

Atualmente afastei-me das atividades como enfermeira assistencial em psiquiatria para prosseguir como professora universitária, pela Universidade Federal de Mato Grosso, *Campus* de Sinop, na busca da realização profissional.

Diante da oportunidade de contribuir com o ensino em graduação em enfermagem, percebo que o conhecimento apreendido ao vivenciar a construção deste estudo, como pesquisadora, bem como a vivência no campo da psiquiatria, vem orientar a minha prática pedagógica no sentido de apresentar ao graduando o tema da institucionalização e exclusão social e de problematizar a temática, vislumbrando a formação de enfermeiros críticos, potenciais transformadores de realidades.

A partir das minhas experiências vividas, as inquietações foram tomando forma e a vivência da internação psiquiátrica mostra-se mais claramente significativa enquanto fenômeno - objeto de pesquisa - não sob seus aspectos operacionais, mas no seu sentido existencial, a partir do sujeito que a experiencia.

O atual distanciamento concreto do ambiente da internação vem constituir, para mim, enquanto pesquisadora, evento desejável na compreensão dos discursos dos sujeitos de pesquisa relativos ao fenômeno que desejo apreender: tenho a possibilidade de haver conhecido/ vivenciado o território vivido pelos sujeitos, mas não estar imersa

nele quando do desenrolar da pesquisa – posso *mergulhar e distanciar* mais tranquilamente, sob um movimento dialético necessário para que o meu olhar não se funda com o dos sujeitos.

A temática da internação, a partir da óptica do sujeito que vivenciou essa situação, tem interessado pouco aos pesquisadores. Talvez porque, outrora, o hospital psiquiátrico tenha se constituído um recurso terapêutico reconhecido e bastante adotado (e por isso, pouco questionado) ou porque atualmente não faça parte do conjunto de práticas terapêuticas recomendadas em psiquiatria.

Neste contexto, a proposta deste estudo é conhecer o significado da experiência da internação psiquiátrica *na vida do* sujeito, ou seja, a maneira como ele experimenta esta vivência, vislumbrando apreender o sentido de ser internado em hospital psiquiátrico. Esta proposta está imbricada em um contexto de dispositivos humanizadores de atendimento, comprometidos com a subjetividade, que *ainda têm como pano de fundo a instituição hospitalar*, que se mostra, a priori, um espaço infecundo, estanque, que nega ao sujeito seus direitos, o limita *a/ em* uma doença e rompe com quaisquer propostas de cidadania.

O estudo vem, portanto, buscar o que significa *ser* internado em hospital psiquiátrico, entendendo-se inicialmente que *ser internado* corresponde a um fenômeno visualizado além da experiência pontual da internação, o episódio concreto da experiência. A partir daí, procurei subsídios para uma reflexão acerca da temática à luz da fenomenologia proposta por Martin Heidegger, a ser elucidada adiante.

Conhecer as sólidas raízes do hospital psiquiátrico nos conduzirá a um entendimento sobre sua manutenção como recurso utilizado em Saúde Mental no Brasil hoje.

1.2. A historicidade e a construção da identidade do manicômio no Brasil

Historicamente, a clausura se estendeu aos loucos, idosos, desempregados, mulheres sem família, prostitutas, bêbados e moribundos - todos aqueles que macularam a estética social - denominados por Foucault (2004) “*a-sociais*”.

A concepção de loucura determinou a assistência ao doente mental ao longo da história, absolutamente dependente da visão de mundo de cada época, sempre permeada pela exclusão. Faz-se importante uma breve retomada histórica para que se compreenda as raízes do manicômio, que têm dificultado a ruptura do modelo hospitalocêntrico.

A partir de Foucault (2004) a “história da loucura” não é mais a mesma, tendo a contribuição deste filósofo para uma melhor compreensão, ampliada, do fenômeno da loucura. Segundo o autor, é no final do século XVII que se origina o que denominou a “experiência clássica”, e trágica, da loucura, caracterizada pelo surgimento das primeiras casas de internamento na Europa, com a finalidade de receber os considerados improdutivos e que ameaçassem o bem-estar social.

No Brasil, os porões das santas casas e as cadeias fizeram vez das casas de internamento até 1852, ano da inauguração do Hospício Pedro II na, então, capital, Rio de Janeiro. Sua majestosa construção foi resultado, em primeira instância, da superpopulação de loucos, e do momento médico-científico vivido, particularmente deflagrado pela Sociedade Médica do Rio de Janeiro (PROJETO, s.d.).

Diversas publicações médicas vinham apontando a necessidade de se providenciar um estabelecimento/asilo, às margens da cidade, no qual o louco pudesse receber atenção médica especializada, bem como ser alvo de investigações científicas,

enquanto objeto de pesquisa. Como assistência especializada entendia-se, de acordo com a literatura, um ambiente higiênico e silencioso, prática de isolamento (para que o cliente fosse poupado de situações propiciadoras de surtos), tranquilidade, vigilância e disciplina ou tratamento moral, como era denominado, com suas devidas punições pelas irmãs de caridade e carcereiros de então (PROJETO, s.d.).

Porém, somente décadas após sua criação, o manicômio passou a ser verdadeiramente local de prática médica, visto que a loucura passa a ser considerada entidade nosológica e um movimento médico reivindica o controle institucional.

Manicômios públicos e privados desenfreadamente se espalharam pelo país, principalmente com fins lucrativos, dando origem a internações a pedido das famílias dos doentes ou encaminhamentos judiciais. Associado este fato ao crescimento da indústria farmacêutica, constituiu-se o que denominamos a indústria da loucura. A partir daí, a internação passa a estar presente na vida do doente mental, em diferentes conotações e dotada de diferentes instrumentos, até os dias de hoje.

Como se pode notar, o manicômio foi estruturado a partir de um *modo de fazer*, que não o único, mas o modo que era possível no contexto social vigente, em que o ambiente isento de fatores estressores corroborado pela disciplinarização (leia-se punição) determinariam o “controle” da doença, ou ao menos manteriam o louco recluso, afastado.

Paulatinamente a psiquiatria firmou-se na tecnociência, ou seja, no estudo progressivo da psicopatologia (mecanicismo), procedimentos invasivos (como a psicocirurgia e a eletroconvulsoterapia) e psicofarmacologia. Focalizando-se somente na doença, considerando o doente enquanto objeto de pesquisa e objeto de assistência, a psiquiatria classificou as doenças e predisse formas de evolução clínica (prognósticos). Calcando-se na cientificidade, construiu um saber fragmentário.

Tal conhecimento teve como palco a instituição hospitalar e, conquistando reconhecimento social e político, criou condições e validou a prática da agressividade e da violência. Violência esta que, assim como o próprio manicômio, sofreu transformações no decorrer dos anos, assumindo formas implícitas, como a negligência, a medicalização dos conflitos sociais, rotinas inflexíveis e a massificação, que têm como resultado a perda da identidade do sujeito, o reducionismo.

Outras formas punitivas foram sendo absorvidas pela psiquiatria, sendo incorporadas e aceitas socialmente, como as celas-fortes e o eletro-choque (eletroconvulsoterapia), contenções químicas, entre outros.

A loucura abrange significados complexos e singulares em sua problematização, uma vez que interfere em todas as dimensões do sujeito, nas suas relações consigo mesmo, nas relações, como coloca Foucault (2004), de fazer, ser e saber.

Compromete as habilidades contratuais, visto que o valor social atribuído ao indivíduo implica trocas (sejam materiais, afetivas e/ou de quaisquer mensagens) com o universo social (KINOSHITA, 2001). O louco é imbuído de um estigma que anula seu poder contratual, descaracterizando-o como sujeito livre.

Frente a esse comprometimento contratual, é marcante a atuação da sociedade (e conseqüentemente dos profissionais em psiquiatria, enquanto representações micro-sociais) em definir a trajetória do doente mental, destituindo-o dos seus direitos, numa posição dita beneficente/paternalista, não raro perversa.

Segre (1995, p. 118) define a beneficência, princípio bioético utilizado nos discursos dos profissionais da saúde:

(...) estabelece-se um consenso sobre o que é bom para a pessoa, estrutura-se um padrão quanto à forma em que ela deve pensar, e agir, cria-se a noção de doença (...) e aceita-se a idéia de que é lícito, à sociedade, intervir sobre o “anormal”, mesmo contrariamente a sua vontade .

Na visão de Martinho (2003), a incapacidade de entendimento do doente mental, historicamente, o tem levado á internação psiquiátrica involuntária e a todos os procedimentos que dela advém, como as contenções físicas e mecânicas.

O hospital psiquiátrico foi consolidado a partir de uma demanda social capitalista que nega todo aquele denominado improdutivo.

1.3. A Lei 10.216/ 2001 e o hospital psiquiátrico no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Neste momento torna-se relevante descrever o campo da Saúde Mental, como está estruturado hoje, a partir de quais referenciais, e como se situa neste modelo o hospital psiquiátrico.

É organizado no Brasil, na década de 1970, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que trouxe novas reivindicações e reflexões para o campo da psiquiatria, em um contexto de denúncias a respeito dos hospitais psiquiátricos, envolvendo violência, desaparecimentos não elucidados de pacientes, condições precárias de trabalho, ambientes insalubres, entre outros (AMARANTE, 1995).

Finalmente constatava-se a ineficiência do aparato manicomial. A partir daquele momento o louco assumiria uma nova identidade no Brasil: doente, mas *pessoa*, com necessidades e direitos. Inicialmente tomou-se por modelo a experiência reformista italiana, proposta por Franco Basaglia, que ganhava destaque no mundo; no entanto a evidente discrepância sócio-econômica e cultural brasileira indicou a necessidade de adaptação daquele modelo à nossa realidade.

A reflexão primeira naquele momento: inclusão social. A partir daí presenciamos um processo amplo e complexo processo de reformulação / humanização

de políticas em saúde mental, denominado Reforma Psiquiátrica, no sentido de construir um novo paradigma, sob a lógica da subjetividade e do respeito à cidadania do indivíduo portador de transtorno mental, substitutivo ao modelo asilar disciplinador.

Este processo culmina na publicação da Lei 10.216, de 2001, enquanto mecanismo de concretização desta lógica, cuja descrição se faz importante neste estudo, pois esclarece os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Anteriormente ao ano 2001, a legislação brasileira muito deixou a desejar com relação às políticas específicas em saúde mental, priorizando e utilizando a internação psiquiátrica para preservação da ordem e bem públicos (ZAGO, 2001).

Calcada no Projeto de Lei 3.657, de 1989 (número 8/91, no Senado Federal) proposto pelo Deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a extinção progressiva e substituição de instituições manicomiais, a Lei 10.216, de 2001, corroborada pela Portaria 2.391, de 2002, prevê que a internação psiquiátrica ocorra somente “após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível”, preferencialmente em unidades psiquiátricas de hospitais gerais (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002, s.p.).

O Ministério da Saúde reconhece que a internação psiquiátrica é a “permanência diurna e noturna em hospital especializado com medicamentos para redução dos sintomas da doença e que, muito freqüentemente, não favorece a melhora do paciente por provocar o isolamento social e a perda dos laços afetivos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, s.p.).

É evidente que o momento de crise psíquica envolve riscos para o próprio indivíduo e outras pessoas; a contratualidade é comprometida, culminando na desadaptação social e necessidade de intervenção profissional intensiva, o que justifica a

internação psiquiátrica. O que se questiona neste novo modelo é *em que ambiente e sob quais condições* se dá essa internação.

Nessa conjuntura, diante da Lei 10.216, a internação psiquiátrica passa a ser compulsoriamente notificada ao Ministério Público Estadual, em prazos e mediante laudos médicos circunstanciados. Segundo esta lei, passam a vigorar, como modalidades formais de internação psiquiátrica:

- internação voluntária: depende do consentimento expresso pelo indivíduo;
- internação involuntária: sem seu consentimento, a pedido de terceiro, e
- internação compulsória, mediante determinação judicial.

A Portaria 2.391/02 admite uma quarta modalidade de internação, a voluntária que, no decorrer da internação, torna-se involuntária (frente à manifestação de involuntariedade por parte do paciente, apesar de argumentação da equipe terapêutica) (BRASIL, 2002).

Legalmente, o Estado deve assumir, juntamente com a comunidade, maior responsabilidade no desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental. Pela primeira vez no Brasil, o doente mental inicia uma trajetória como alvo concreto das políticas de saúde.

Neste âmbito, o médico deixa de ser único detentor do saber em psiquiatria, compartilhando espaço com outros profissionais que, na conjunção de seus saberes, passam a integrar uma equipe, entendendo-se que o sujeito traz múltiplas necessidades, não somente biológicas, mas psicossociais, recreacionais, espirituais, entre outras.

A Portaria 224/92, posteriormente atualizada pela Portaria 336/GM, de 2002, designa normas e objetivos para o desenvolvimento da assistência em centros de atenção e reabilitação psicossocial, estabelecimentos de saúde descentralizados e

democráticos, substitutivos ao modelo hospitalar, comprometidos com a afirmação dos direitos de cidadão, como proposta de atendimento ao indivíduo portador de sofrimento psíquico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Este modelo vem sendo gradativamente implementado no Sistema Único de Saúde brasileiro, mas ainda assim, o novo modelo recorre ao confinamento, em decorrência da insuficiência de serviços extra-hospitalares de atenção à saúde mental e de enfermarias em hospitais gerais para acolher o doente mental, quando da necessidade de internação.

Com propriedade, Kinoshita (2001) diz que os manicômios têm a capacidade de transformar uma manifestação de poder (positivo) por parte do portador de transtorno mental em negatividade pura do sintoma.

A preocupação dos pesquisadores tem se concentrado na reabilitação psicossocial, mas a desinstitucionalização, critério primeiro e primordial para a socialização e cidadania do sujeito, ainda não se concretizou de forma democrática.

Amarante (1994) afirma que desinstitucionalização:

é, sobretudo, uma manifestação ética, desde quando exercida no sentido do reconhecimento de novos sujeitos de direito, de novos direitos para os sujeitos, de novas possibilidades de subjetivação para aqueles que foram objetivados pelos saberes e práticas científicas

Ao mesmo tempo o autor clareia a noção do que *não é esperado* em termos de desinstitucionalização, a desospitalização, como poderia ser pensada em um primeiro momento, conforme segue:

(...) não é um simples e elementar processo de desospitalização (muito embora esta seja uma parte, um aspecto da Reforma Psiquiátrica), mas um conjunto de medidas de transformação no campo do saber e da prática psiquiátricas e, ao mesmo tempo, um processo de transformação nos campos da ética, da cultura e da cidadania.

A transferência do espaço de atendimento em si (hospital psiquiátrico) enquanto cerne da questão, como fora inicialmente proposto, não abarca o universo da doença mental.

Amarante (1994) defende a idéia de que as mudanças em saúde mental devem começar pela instituição e pelo saber médico-psiquiátrico, ou seja, começar pelas normas instituídas que, segundo o autor, desconsideram a subjetividade do doente mental, transformando o sujeito em objeto ao longo da história da psiquiatria.

Torna-se claro, neste discurso, que não se trata de mudança de cenário, apesar de ser este aspecto importante, mas de transformação ideológica, política e assistencial. Consiste na transformação do pensar, na possibilidade de *vir-a-ser* em saúde mental.

Delgado (1992) já apontava, desde as primeiras iniciativas reformistas brasileiras, antes mesmo da aprovação do projeto de lei Paulo Delgado, que a reforma psiquiátrica deve considerar como ponto de partida a cidadania do doente mental, sendo, para o autor, mais que a extensão eqüitativa de recursos de atendimento, mas a necessária ruptura com o paradigma manicomial.

O hospital psiquiátrico é tratado como dado, posto, independentemente do homem que o constitui, à parte dele. Os investimentos são direcionados aos recursos modernos de atendimento, entretanto nos deparamos, ainda, com o hospital psiquiátrico e as práticas cerceadoras a ele inerentes.

1.4. Em busca da existência humana na internação psiquiátrica

Neste contexto, em que o tema da internação em hospital psiquiátrico, como se mostra a mim, vem sendo conduzido, questiono: *Que* cuidado é este? *É* cuidado? São inquietações a serem tomadas como ponto de partida para que possamos empreender a tentativa de transitar pela experiência da internação psiquiátrica, vislumbrando alcançar “*Como o sujeito sente esse cuidado?*”.

Na prática hospitalar o enfoque está no sintoma enquanto incapacidade para a convivência social. E o sintoma, neste modelo, prescinde de qualquer esforço de interpretação dos anseios, angústias ou outros sentimentos e emoções do sujeito, porque é considerado à parte do próprio sujeito, como uma manifestação neuropsicofisiológica *em si*, farmacologicamente controlável (ou não).

O rótulo de *doente mental* atribui ao indivíduo uma imutabilidade, que não permite a ele se desenvolver, se construir, o que rompe com qualquer proposta de cidadania. Não se admite possibilidades de *ser* e *vir-a-ser*, conformando um ambiente estanque, inócuo. O paciente é *um* entre outros pacientes, destituído do *eu* para se tornar ‘*a gente*’.

No hospital psiquiátrico, como estruturado hoje, o sujeito não constitui relações de crescimento, de *ser-com-o-outro*, mas relações alienadas e alienantes, em meio a rotinas despropositadas e ao ócio, perdendo-se a si mesmo.

Suas habilidades são ignoradas e a ele é posta a condição da internação. Incorpora passivamente a instituição, sem que lhe seja permitida a voz, e acredita-se, ele próprio, inábil. Neste sentido, perde-se com a superficialidade, desconsiderando o humano em seu mundo vivido, em sua singularidade, numa reprodução irrefletida de padrões assistenciais. Perde-se a oportunidade de conhecê-lo em sua essência, em suas possibilidades, e, desse modo, *construir-com-ele* o cuidado de que tratamos aqui.

O que se pretende neste estudo, é que o sujeito expresse, a partir de si mesmo, a experiência da internação psiquiátrica, em um movimento de *voltar a si mesmo* no seu relato, resgatando sua vivência por meio das lembranças.

Aplicando fundamentos filosóficos heideggerianos à temática, pretende-se adquirir novos elementos que subsidiem as discussões em Saúde Mental sob uma outra óptica, a partir do sujeito mesmo, foco das ações em saúde. O estudo se mostra

relevante à medida que o hospital psiquiátrico é mantido enquanto território habitado pelo doente mental, faz parte do seu mundo real vivido, apesar do discurso centrado em recursos substitutivos de atenção psiquiátrica. Sob este prisma, a internação psiquiátrica continua sendo um significante para os sujeitos.

O caminho proposto por Heidegger se mostrou enriquecedor para a construção da prática em psiquiatria, como apontam os escritos em Boss (2001). Na mesma direção, mas singularmente, procurei mergulhar na abordagem conceitual da ontologia fundamental para alicerçar a construção do entendimento do sofrimento humano que tenha por característica a transposição (transcendência) da objetivação da doença mental, buscando o *ser* que existe na experiência da internação psiquiátrica – e, por que não, o ser que existe na minha experiência com a prática psiquiátrica).

2 – OBJETIVO DO ESTUDO

O estudo pretende apreender o sentido de ser internado em hospital psiquiátrico, a partir da vivência da internação psiquiátrica, à luz da ontologia fundamental de Martin Heidegger.

3 – PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de abordagem fenomenológica, que busca apreender o significado da vivência da internação psiquiátrica, a partir do relato do sujeito que a experienciou, como caminho para compreender o sentido de ser internado em hospital psiquiátrico.

A pesquisa qualitativa surgiu no século XIX sob um contexto de idéias que que sinalizavam a busca pela compreensão do próprio homem, reservadas, até então, à filosofia (TURATO, 2003). Contrapondo as ciências naturais, explicativas, o autor esclarece que o método de pesquisa qualitativo é pautado na compreensão, denotando uma interpretação de sentidos e significações e captando suas inter-relações.

Segundo Turato (2003) a utilização da pesquisa qualitativa foi primeiramente empreendida por antropólogos, sociólogos e educadores, posteriormente ampliada para a psicanálise e hoje é utilizada por múltiplos profissionais da área da saúde, com o objetivo de expandir a compreensão sobre o homem, a fim de aplicar esta compreensão nas práticas em saúde a ele destinadas.

Trata-se de um norte para a compreensão do ser humano a partir de sua fala/comportamento vislumbrando-se conhecer facetas que sugiram a totalidade da complexidade humana. Para Minayo (1994) a pesquisa qualitativa se preocupa com uma realidade não quantificável e não linear, que tem o significado enquanto cerne da investigação.

De acordo com Minayo (1998, p. 102),

[...] numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação.

Sob a concepção da autora a pesquisa qualitativa exige uma interação verdadeira pesquisador - sujeito da pesquisa, que venha a se desenvolver em um campo delimitado a ser valorizado enquanto possibilidade espacial para que o pesquisador

possa recolher as informações por intermédio de discursos provindos dos sujeitos eleitos.

Este percurso metodológico implica tomar a palavra como “reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles)”, a ser captada por meio da entrevista (MINAYO, 1998, p. 110).

De acordo com Turato (2003) a fenomenologia foi primeiramente mencionada no século XVIII ao evocar o fenômeno como algo passível de descrição, e posteriormente ganhou consistência como estudo de significados da experiência humana, sendo considerada a “volta às coisas mesmas”.

Assim sendo, a partir do fenômeno identificado neste estudo, qual seja a vivência da internação psiquiátrica, o referencial fenomenológico heideggeriano foi adotado enquanto recurso metodológico, na possibilidade de compreensão existencial do sentido de ser internado em hospital psiquiátrico, em virtude da amplitude conceitual do *ser*, que permitiu o aprofundamento necessário à temática da internação psiquiátrica.

3.1. O referencial teórico-filosófico: a fenomenologia heideggeriana

Na tentativa de compreendermos o alicerce desta pesquisa, trataremos primeiramente do nascimento da fenomenologia e, a partir daí, como se mostrou para Heidegger, visitando conceitos elaborados a partir de Edmund Husserl (1859 – 1938), matemático e filósofo nascido na Moravia (antigo império austro-húngaro, radicado na Alemanha) que introduz a fenomenologia ao final do século XIX/ início do século XX (TURATO, 2003).

Husserl propôs a fenomenologia enquanto pensamento que vislumbra centralmente a pessoa humana, contrapondo, corajosamente, as ciências naturais. Sob sua formação no campo das ciências naturais, desenhou uma filosofia da aritmética, que

partiria de uma idéia de origem psíquica da matemática, enquanto criação da mente humana (*a priori*), em um contexto europeu de ascensão da psicologia instrumental.

Questionado pela comunidade científica, Husserl admitiu uma entonação psicologicista adotada em seu trabalho, que teria sido fruto de uma contemporaneidade, e reordenou, então, sua teorização para pressupor uma consciência, que não substância que comporta um espírito ou empírica, mas a consciência enquanto ato intencional que se volta para algo – para um mundo.

De acordo com Capalbo (2006), se mostrava necessário um “método que deixasse as coisas nelas mesmas se manifestarem em seu conteúdo essencial, percebida por uma visão intuitiva da consciência (s.p.)”, o que legitimaria a fenomenologia como uma “volta à coisa nela mesma”; “discurso esclarecedor disto que se mostra por si mesmo” (informação verbal)¹.

Neste sentido, é necessário um retorno às coisas nelas mesmas tais como aparecem à consciência, e não uma interpretação externa sobre elas, pois a palavra nem sempre carrega, por si só, a essência de uma consciência, a intencionalidade. Para Husserl, a consciência é indissociável do ato externo, que a origina, e emana de uma historicidade (CAPALBO, 2005).

¹ Informação fornecida por Profa Dra Creusa Capalbo durante curso ministrado à disciplina Metodologia de Investigação Fenomenológica, oferecida pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, em 2006.

Sob este prisma, Capalbo (2006) diz da essência uma somatória de função, constituição, valores, que caracterizam a consciência tal como ela é, e da fenomenologia um campo filosófico que se desenvolve em um tempo de uma determinada época histórica, e não pode ser entendida à parte da teoria husserliana (informação verbal)¹.

Ainda, segundo a autora, a partir de Martin Heidegger, filósofo alemão (1889 – 1976), o ponto de partida da fenomenologia é o ser que *aí está*, posto, o homem *em si*, único que pode significar a sua história e o mundo que o circunda, que há de ser compreendido em sua temporalidade, enquanto ser temporal, no seu mundo funcional. Para Heidegger, a fenomenologia trata de acolher o fenômeno e expressá-lo da forma como se lhe compreende, o que pressupõe uma interpretação não independente da perspectiva de quem o interpreta, por admitir uma lógica, uma consistência interna à representação.

Para Capalbo (2006), a noção de existência na concepção heideggeriana pressupõe a idéia de *lançamento* do homem – para um futuro – em um mundo de relações com o outro, o *ser no mundo com o outro*. O homem é *ser com*, carregado de interpretações que são originadas a partir do seu *eu* no mundo circundante (afetivo, espiritual, pragmático, intelectual, cultural, social) em que é lançado enquanto “*pró-jeto*” (futuro) e dotado de uma angústia gerada a partir da imprevisibilidade do tempo e das relações com os outros. A doença, sob esta perspectiva, é um modo pelo qual o sujeito se mostra, mas *não* é o ser (informação verbal)¹.

O mundo histórico, social, geográfico em que o homem está em sua personalidade permite que se lance enquanto projeto que se expande para fora de si, mas o detém à medida que se encontra com o outro na vida cotidiana de pressões e tensões sociais, uma vez que *eu* e *mundo* são inseparáveis, e a projeção não se estende além das fronteiras do mundo em que está.

Neste sentido, o filósofo denomina a vida cotidiana do homem na coletividade *existência inautêntica* (HEIDEGGER, 2008)². O mundo circundante não é exterior ao homem, é o modo de se relacionar com os espaços que cria e os quais habita, e dota-se de subjetividade justamente por não poder cindir-se.

Heidegger foi reconhecido ao questionar a visão de *homem* inerente ao pensamento ocidental positivista, racional, calcado na objetividade e mensurabilidade, que não se aplica às questões relativas ao humano, posto que os sujeitos, em seu existir, não são *coisas* e não admitem linearidade. Sua reflexão expande-se, de uma crítica epistemológica, a uma crítica civilizacional (CRITELLI, 1996).

Ribeiro (2002) esclarece que a fenomenologia nasce como uma crítica ao racionalismo dualista, cartesiano, que se refere ao modo de conceber o mundo como uma relação entre sujeito e objeto, essência e aparência. Neste sentido, a concepção da fenomenologia parte de Husserl e Heidegger, a partir da compreensão do homem na intersubjetividade, no mundo da interioridade.

Heidegger e Husserl foram contemporâneos, e a sua literatura indica a influência husserliana em seus textos primordiais. Em 1927 Heidegger publica seu mais reconhecido trabalho literário, *Ser e Tempo*, inacabado, tomando como foco o sentido, a verdade do ser, que o impulsionou como mais famoso representante da filosofia existencialista, apesar de sua rejeição ao termo. *Ser e Tempo* revolucionou a filosofia do século XX, impulsionando a filosofia européia desde então (STEIN, 2008).

Ao dizer do necessário afastamento de [*pré*] suposições ao tratar de um objeto a ser conhecido, diz de deixar vir à consciência o objeto como ele é, como se mostra, tomando como referencial a obra husserliana (HEIDEGGER, 1979).

² *Ser e Tempo* foi publicado em 1927, no original alemão. Entretanto, este estudo utiliza a versão da terceira edição de *Ser e Tempo*, traduzida em português por Marcia Sá Cavalcante Schuback, conforme consta no item Referencial Bibliográfico.

Heidegger propõe uma definição de *fenômeno* como aquilo que se mostra *em si*, a uma consciência (fundamentação husserliana), tipificando-o em: (a) Fenômeno *ôntico*, mensurável, passível de ser captado sensorialmente de imediato (p. ex: mesa); é a aparência, ou seja, o modo de mostrar, como se faz ver; e (b) Fenômeno *ontológico*, que não é dado de imediato, não perceptível, como é o existir humano (BOSS, 2001), aquilo que representamos de acordo com nosso arsenal histórico, na relação com o qual o humano mostra o seu ser; aquilo que já existe previamente ao homem, mostra-se de si mesmo, mas a partir do seu manejo pelo homem pode existir. O ontológico está naquilo que existe em si, compreendendo uma essência, e constituirá o fenômeno buscado na pesquisa fenomenológica.

Em Heidegger, o ponto de partida do método de investigação do fenômeno é o *ser* que se dá a conhecer, imediatamente, e o objetivo é sempre o desvendamento do ser existente em si, o próprio homem, tal como se dá, *ser aí (Dasein)* (HEIDEGGER, 1979).

Para falar sobre uma coisa, existe anteriormente ao discurso uma relação do ser-aí com a mesma coisa, em um espaço pré-dado (BOSS, 2001). Todas as coisas somente são porque o homem as instrumentaliza, como poderemos compreender adiante.

Segundo Bicudo (1994), a fenomenologia constitui um modo pelo qual podemos pensar a realidade de forma rigorosa, admitindo para isto métodos e instrumentos que são inerentes ao *fenômeno* e ao pesquisador. Segundo a autora, a fenomenologia busca o desocultamento do fenômeno, a mostração da essência.

De acordo com Critelli (1996, p. 16), em uma crítica aos modos de compreensão do que existe (ciência tradicional ocidental), “a tarefa de se pensar a possibilidade de uma metodologia fenomenológica de conhecimento é, em última

instância, uma reflexão sobre o modo humano de ser-no-mundo (...)", o que implica uma expansão da perspectiva da verdade do ser, no caminho da superação do modo dualista de conceber o homem.

Em suas palavras, "é o *sentido de ser* que preocupa a fenomenologia, porém, compreendendo de antemão que todo saber a seu respeito é senão relativo e provisório" (CITELLI, 1996, p. 23, *itálico da autora*). E é a partir da mundaneidade ³, que traduz o modo essencial de viver, que a tentativa de apreensão do ser pode ser desenvolvida (FERNANDES, 1998).

3.2. A questão do ser, em Heidegger – Considerações iniciais

Heidegger desenvolveu um caminho para se pensar o ser em *Ser e Tempo*, que parte do princípio de que o *ser* não é o ente, e nos é imperativo empreender a tentativa de buscar a compreensão do ser de forma a ultrapassar o modo técnico de viver humano. Propõe o autor que nos desprendamos de conhecimento anterior, em muito imbuído do conceito metafísico de ser, e que mergulhemos no pensamento sobre o ser, mas sem buscá-lo de imediato e sem que o relacionemos ao ente, onticamente, apesar de ser, o homem, ente.

³ Especialistas em Heidegger têm utilizado *mundaneidade* como equivalente à *mundanidade*, traduzida pela versão brasileira de *Ser e Tempo*, 3 ed., 2008 (como já referida previamente). Este estudo opta por manter a tradução brasileira de *Ser e Tempo*, *mundanidade*, ao tratar da temática, salvo quando se recorrer à citação literal dos teóricos, ocasião em que o estudo manterá a denominação original.

Inicialmente, coloca Heidegger (2008; 1973b), para encontrar o ser é necessário acompanhar a marcha de um mostrar; não sendo ente, o ser não é entitativo, ao contrário das coisas. Destarte, os entes *são*, como a mesa *é* retangular, por exemplo, a coisa *é*, mas não o *ser é*. Os entes estão no tempo, mas o ser *é determinado pelo e determina o tempo*, não sendo, portanto, temporal.

Ao contrário, o tempo *é ser*, na medida do seu *permanecer* (não desaparecer) em um tempo que passa, assim como o ser. Sob este prisma, não se pode pensar o ser sem o tempo, em sua relação inalienável e indissociável, relação esta de determinação mútua (*ser e tempo/ tempo e ser*) que Heidegger admite ser difícil tarefa do pensamento humano (HEIDEGGER, 1973 b).

Não sendo, o ser *dá-se*, enquanto não entitativo, não sendo temporal, assim como *se dá* o tempo, não se limitando a ser algo. Para entender o ser (para então buscar o ser de algo), o filósofo sugere que busquemos *experimental* como o ser se dá, e, portanto, como o tempo se dá. O ser se dá como um *presentar*, que Ernildo Stein⁴ traduz no *pre-s-entar*, indicando mais incisivamente o ‘*entar*’, relativo a ente, de *ente-sendo* (‘*entando*’), como o ser *se dá* no ente. Para Heidegger, *presentar* significa *pré-s-entificar*, no sentido de desvelar, desocultar, tornar ente, não literalmente, mas no intuito de mostrar, levar ao aberto, mais precisamente *dar-se* (HEIDEGGER, 1973b).

⁴ A tradução do original alemão é feita com propriedade por Prof. Dr. Ernildo Stein, preservando-se a essência/ o sentido dos escritos filosóficos originais, mas reconhecendo-se a inviabilidade de atribuir com exatidão o significado das palavras/ expressões alemãs utilizadas por Heidegger. As palavras foram recortadas pelo autor com fidelidade ao texto introdutório heideggeriano e à tradução de Stein para *dar-se; pré-s-entificar; pre-s-entar; ente-sendo; entando* (p. 262-271).

Neste sentido Heidegger alude à presença como “ente que eu mesmo sempre sou, o ser é sempre meu”, partindo do si-mesmo; o *eu* é constitutivo da presença e deve ser interpretado no escopo da existência (HEIDEGGER, 2008, p. 170); assim, para compreender o ser [de] é necessário que se busque existencialmente a presença.

Para que percebamos o *dar-se do ser* precisamos nos deixar livrar das concepções que o emolduram, enrijecem, permitindo a ele, o ser, que se compreenda ele mesmo; é preciso afastar os olhos para que não se cometa o equívoco de pensar o ser como fundamento ou função do ente, em vista dele.

Refletir o ser implica pensar o tempo, que é ser na relação com este, não somente como tempo indicativo do agora (presente) ou diferente de agora – *não-mais-agora* (passado) e *não-ainda-agora* (futuro); o presente não é, neste caso, o presente inerente à presença (pres-ença), que alude à mostraçã do dar-se do ser, mas o presente do agora.

O tempo nos é entendido na sucessão dos *agoras*, uma vez que assim que está acontecendo o agora já deixou de acontecer e logo é encampado pelo *a seguir*, ou seja, o agora acontece continuamente deixando sempre de ser o agora, e que é calculado pelo uso do relógio, e o presente originário de presentificar significa o desvelamento - do ser – e o presente se mostra a partir do presente como presença (HEIDEGGER, 1973b).

É a partir do entendimento do tempo que Heidegger formula a estrutura de Ser e Tempo, situando a questão de sua ontologia fundamental, qual seja *o sentido do ser*, clarificando pontos relativos à existência do homem – ser-aí (Dasein): ser-no-mundo, ser-no-mundo-cuidado e cuidado temporal (STEIN, 2008), que serão explorados no decorrer deste estudo.

Somente ao homem cabe questionar sobre o *ser de* algo, dado que é o único ente dotado da compreensão do sentido de ser e de si mesmo. Segundo Fernandes (1998) a condição humana de desvelamento de ser-aí, de compreensão, constitui a existenciália, um modo de relacionar e viver do próprio homem.

3.3. A seleção do campo de estudo, dos sujeitos da pesquisa e do instrumento de apreensão do fenômeno:

O grupo estudado foi composto por indivíduos acometidos por transtornos mentais que freqüentavam regularmente um centro de atenção psicossocial (CAPS), à ocasião da pesquisa. Os sujeitos foram selecionados no Centro de Atenção Psicossocial “Espaço Vivo”, em Botucatu – SP.

A escolha pelo campo da pesquisa foi determinada por tratar-se de um serviço cujos usuários são habitualmente encaminhados pelo hospital psiquiátrico do município (já passaram pela experiência da internação psiquiátrica) e, portanto, já existia uma relação estabelecida com a pesquisadora.

No CAPS o fenômeno se manifestou como tal a mim, constituindo palco de manifestação do ser. É indispensável que haja um espaço para que o sentido do ser aconteça, uma vez que não pode existir no vazio este sentido (FERNANDES 1998).

Com relação aos sujeitos eleitos, a pesquisa qualitativa prescinde de critérios de representatividade numérica, não sendo, portanto, o critério numérico fundamental no delineamento da população; o que se busca nestes termos é o número de sujeitos que possa refletir a totalidade do fenômeno, de forma a privilegiar atores sociais que disponham dos atributos desejáveis para o autor (MINAYO, 1998; TURATO, 2003).

Turato (2003) esclarece que a ‘amostragem proposital, intencional ou deliberada (p. 357)’ constitui recurso metodológico qualitativo reconhecido de escolha dos sujeitos ou ambientes, que valoriza a liberdade intelectual do pesquisador para selecionar aqueles que disponham da característica temática, alvo do estudo.

Para o autor, que empreendeu vasto estudo sobre possibilidades de amostragem em pesquisa qualitativa, o número e o perfil dos participantes são delineados no transcorrer da pesquisa, não devendo ser o pesquisador apriorista, no sentido de desejar deter as informações anteriormente á experiência. É na construção do estudo que a composição dos sujeitos se dá, de forma a privilegiar o conteúdo obtido pelas falas, dado que não se pretende a generalização dos eventos mediante amostras estatisticamente representativas.

Para nortear a finalização do número de entrevistas o pesquisador qualitativista poderá lançar mão do recurso de amostragem por saturação, popularmente utilizado no campo da saúde, segundo o qual a inserção de sujeitos no grupo é interrompida quando novas falas se mostram insignificantes com relação aos objetivos propostos pelo estudo, ou seja, o conteúdo de uma entrevista passa a apresentar familiaridade com as demais.

Neste sentido um parâmetro implícito ao critério de saturação consiste na avaliação da plausibilidade dos elementos satisfazerem ou não o processo de discussão do trabalho, com vistas aos objetivos (TURATO, 2003; MINAYO, 1998).

Esclarecidos os critérios metodológicos elementares utilizados em pesquisa qualitativa, o presente estudo recorreu à seleção proposital dos sujeitos da pesquisa e ao critério de saturação para delimitar a inclusão/ não exclusão de sujeitos de pesquisa, cabendo ressaltar que em fenomenologia importa a construção em sua totalidade do

trabalho de tentar responder a um inquérito inicialmente suposto, que é relacionado ao sentido de ser, à verdade do ser que pode ser apreendida.

Do ponto de vista da natureza da pesquisa fenomenológica, então, torna-se importante minha convivência profissional com os usuários, pois os laços cuidadosamente construídos durante seis anos entre nós constituem um *pré-reflexivo*, que não pode ser ignorado.

Sob esta perspectiva, as relações tornaram-se um *reflexivo* no decorrer do estudo, ou seja, as experiências do pesquisador constituem pano de fundo para uma reflexão dotada de maior profundidade, pois aplica no todo do estudo a sua vivência em uma relação dialógica com o próprio fenômeno (BICUDO, 1994).

Assim, a minha vivência no referido serviço de atenção psicossocial permitiu uma seleção intencional dos sujeitos que potencialmente pudessem contribuir com a pesquisa, a partir do meu olhar para *o que* configura este potencial.

Partindo deste pressuposto, oito sujeitos foram selecionados para as entrevistas; o critério para determinação do número de sujeitos partiu de minha percepção em relação às convergências entre os relatos, quando as contribuições foram consideradas satisfatórias com relação ao objetivo da investigação. Foram incluídos os seguintes indivíduos:

a) acometidos por transtorno mental (que foram incluídos em uma classificação nosológica a partir da análise médica pelo CAPS) que se encontravam em condição de estabilidade do quadro psíquico, capazes de responder a uma entrevista; a condição de estabilidade foi avaliada pela pesquisadora, enquanto conhecedora da população, em termos de produção sintomática que pudesse comprometer a fidedignidade das respostas durante a entrevista.

Manifestações consideradas sintomáticas *já estruturadas* (incorporadas como reais na vivência global dos indivíduos) se mostram repletas de significação, e se mantêm apesar do tratamento. Desde que potencialmente não inviabilizassem o poder de comunicação dos sujeitos *não* constituíram excludentes de participação na pesquisa;

b) que se encontravam, no momento da entrevista, matriculados e freqüentando regularmente o centro de atenção psicossocial em questão (na condição de usuários do serviço, como trataremos aqui);

c) que passaram, em algum momento, pela experiência da internação em hospital psiquiátrico; o local de internação não constitui fator de inclusão, uma vez que se considera no estudo o significado da vivência em uma instituição psiquiátrica convencional, que permita a abertura para o caminhar para o sentido de ser internado em hospital psiquiátrico;

d) que aceitaram o convite para participar da pesquisa, após serem consultados e esclarecidos pela pesquisadora; foi-lhes apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que não obteve qualquer sinalização de objeção por parte dos usuários (anexo 2).

Como instrumento para a apreensão do fenômeno *a vivência da internação psiquiátrica*, foi utilizada a entrevista, que “é um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, facilitando, no encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado e, de certo modo, também do entrevistador” (TURATO, 2003, p. 308).

Para Minayo (1998) a entrevista constitui instrumento facilitador de abertura na relação que supõe uma finalidade, devendo contemplar somente itens indispensáveis

para o delineamento do objeto, contribuindo para o aprofundamento das questões a serem exploradas.

Optei pela entrevista semi-dirigida (ou semi-estruturada) em que, caracteristicamente, entrevistador e entrevistado alternam a governabilidade da fala, ou seja, ora o locutor passeia livremente pelo discurso, ora o pesquisador guia este trajeto, objetivando a construção das idéias. Esta dirigibilidade parcial garante ao pesquisador a reunião de elementos em direção aos objetivos propostos (TURATO, 2003).

A edificação da entrevista correspondeu a um processo reflexivo no sentido de experimentar a posição empática necessária ao arranjo das idéias e da linguagem, de forma que possa ser a questão de fato compreendida pelos sujeitos da pesquisa. Convém lembrar que a entrevista é um instrumento que media o discurso, mas a entrevista em si começa anteriormente à aplicação do instrumento, na construção da intersubjetividade.

Foi estabelecido contato prévio entre pesquisadora e usuários do serviço, individualmente, com o intuito de convidá-los a participar da pesquisa e agendar com eles data, horário e local para as entrevistas.

Todos os sujeitos optaram por participar da entrevista no próprio centro de atenção psicossocial, em sala adequada para a preservação da privacidade durante a interação, em data e horário considerados possíveis para entrevistados e entrevistadora.

A entrevista (anexo 1) foi elaborada a partir de dois itens: (a) questões de identificação pessoal que se mostram significativas para o estudo, e (b) questão norteadora ou disparadora, fundamentada no objetivo proposto.

As informações pessoais pretenderam constituir material complementar no tratamento das informações resultantes, e foram restritas a: (a) *idade*: informação que pretendeu contribuir quando da compreensão do momento de vida em que se encontra o sujeito; (b) *número de internações prévias*: permitiu visualizar a trajetória do sujeito no

hospital psiquiátrico; e (c) *sexo*: informação inclusa para uma melhor compreensão cultural, caso surgissem pontos relevantes em razão da diferença de gêneros, acerca do fenômeno. Outras informações concretas não foram consideradas relevantes para o estudo.

A questão norteadora do estudo: “*Gostaria que você se lembrasse de quando esteve internado no hospital psiquiátrico. Conte-me como foi, para você, passar por essa experiência*”, não previu confirmação de informações fornecidas pelos participantes; o que se pretendeu apreender são os significados *gerados* pelos sujeitos (a partir da questão), tecidos por eles no decorrer do discurso - como significam a vivência - e não fatos concretos experienciados.

A questão aberta é desenhada de forma que o sujeito da pesquisa verbalize mais livremente o conteúdo, não limitando as respostas, o que sugere o encontro com o referencial qualitativista; para Turato (2003):

“se queremos interpretar os sentidos e as significações que as pessoas trarão a partir do assunto proposto, jamais poderíamos ‘fechar’ antecipadamente suas respostas em alternativas, porque deste modo nós mesmos é quem as construiríamos a partir de nossa visão teórica (p. 316)”.

O registro das entrevistas foi proporcionado por meio digital (gravador/MP3) e todos os sujeitos de pesquisa concordaram com este procedimento. Ao final de cada entrevista os sujeitos tiveram acesso ao conteúdo gravado e lhes foi concedida a oportunidade de acrescentar ou remover informações.

A pesquisa se apóia em discursos que foram gerados *a partir de uma rememoração* de uma experiência *anterior* (internação psiquiátrica). A condição de distanciamento entre os sujeitos e a experiência por que passaram foi intencionalmente aplicada, por permitir ao participante a possibilidade de *construir significados* sobre o tema, relacionando a internação psiquiátrica à sua historicidade, a ponto de produzir

uma reflexão (no *agora*, não imerso na situação) sobre o seu mundo vivido – que contempla o hospital psiquiátrico, em algum momento.

Sob esta perspectiva, o sujeito não somente lembra, mas promove um *movimento* de retorno a si mesmo, reflete e significa a vivência. Na visão de Heidegger, “a simples lembrança de algo *não* é recordar. Um tornar presente só pode ser chamado de recordar quando eu torno presente algo como algo que experienciei numa época (p. 191)” (BOSS, 2001).

A interpretação das informações foi feita a partir dos conceitos fenomenológicos propostos por Heidegger em sua Analítica Existencial, vislumbrando desvelar o sentido de ser internado em hospital psiquiátrico. Ao analisar os dados buscou-se estabelecer conexões e relações que possibilitem a compreensão do fenômeno alvo do estudo.

A partir da estrutura do ser-aí podemos compreender o dar-se do ser em função da sua mundaneidade, do seu modo de ser que revela o seu *ser*; o estudo procurou desenhar esta estrutura partindo dos elementos gerados pelos discursos dos sujeitos da pesquisa e, na construção cuidadosa do *como* o sujeito se move no mundo por ele habitado - que é ele próprio, em suas relações - procurou entender como vive a internação psiquiátrica existencialmente, ou seja, considerando o sentido de ser internado em hospital psiquiátrico.

A Analítica Existencial considera o modo de ser do ser-aí a possibilidade de interpretação no mostrar-se do ser em si mesmo. De acordo com Fernandes (1998, p. 42) “o movimento fenomenológico, pensado por Heidegger, deve levar à luz da compreensão as estruturas fundamentais do Ser, trazendo algo que pode tornar-se manifesto e visível por si mesmo”.

É segundo as existenciálias que a estrutura inseparável do ser-aí pode ser desvelada na busca pela verdade do ser. Em *Ser e Tempo* as existenciálias são compreendidas na Analítica Existencial como:

- Facticidade: o homem é jogado no mundo, independentemente de sua vontade, um mundo que constrói e no qual projeta-se em suas possibilidades, uma vez que existe de fato nele, em seu modo único de viver;

- Existencialidade (transcendencialidade): existência interior, pessoal, que permite ao ser a apropriação das coisas do mundo por meio das ações humanas, mas é ainda anterior à ação, às suas reais possibilidades. O homem agarra a situação enquanto desafio ao seu poder pessoal de tornar-se (o que implica a busca pelo que ainda não é, incessantemente, o *além de si*), consegue atribuir um sentido do ser e transcende, indo para além do que é.

- Decadência (ruína): o desvio do projeto essencial do homem, a elevação do ‘eles’ em detrimento do ‘eu’, a partir do cotidiano (a vida para os outros), o homem vai alienando-se da própria missão de tornar-se si mesmo. Este mergulhar cotidiano no mundo-com implica a existência inautêntica, á medida que o homem vai confundindo-se com o coletivo, imbricando-se nele, deixando-se absorver pela mesmice. Nesta inautenticidade o homem abandona a busca pela verdade de ser, imergindo no impessoal; por outro lado, a angústia gerada neste imergir pode impulsionar o ser-aí a transcender, em busca da essência. (HEIDEGGER, 1979; FERNANDES, 1998).

De posse das existenciálias este estudo buscou a apreensão do fenômeno vivência da internação psiquiátrica vislumbrando a compreensão do sentido de ser internado em hospital psiquiátrico, considerando, assim, o modo de estar no mundo do homem junto com os outros, como se mostrou.

3.4. A dimensão ética considerada na pesquisa

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (CEP) para avaliação dos aspectos éticos envolvidos nesta pesquisa. Tratando-se de sujeitos vulneráveis, de acordo com a Resolução 196/96 – CONEP/MS, os cuidados de exposição, privacidade e sigilo foram duplamente observados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado aos sujeitos da pesquisa (BRASIL, 1996).

O Termo de Consentimento referido não foi apresentado a familiares ou responsáveis pelos sujeitos, tratando-se de uma população considerada vulnerável, visto que os sujeitos selecionados para o estudo são freqüentadores de um centro comunitário de atenção em saúde mental e encontram-se em condição de decidir por si mesmos a respeito da participação na pesquisa, do ponto de vista da sua autonomia.

Cabe salientar que somente indivíduos que se dispuseram a participar livremente foram contemplados pelo estudo. Os encontros foram agendados com antecedência, em encontros prévios, e se desenvolveram no Centro de Atenção Psicossocial em questão.

Para a exposição dos recortes das falas, bem como da interpretação dos relatos individuais, a identidade dos sujeitos foi preservada pela substituição de seus nomes por uma identidade fictícia gerada por mim – a partir de minhas significações.

4 – A CONSTRUÇÃO DA COMPREENSÃO ONTOLÓGICA DA VIVÊNCIA DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Concluído o processo de coleta dos depoimentos, empreendi um esforço no sentido de destituir-me do meu olhar (concepções prévias) sobre a internação psiquiátrica e mergulhar no universo da pessoa que é internada em hospital psiquiátrico, buscando sempre identificar e apreender elementos convergentes entre as falas que poderiam ser relacionados na montagem de representações sobre o fenômeno estudado.

Cada depoimento foi inicialmente visitado por mim, desprendida da preocupação em procurar significados. Este primeiro olhar, finalizado o procedimento interativo com o sujeito, tem a intenção de familiarizar o pesquisador com o material coletado.

Posteriormente, uma nova aproximação do conteúdo foi realizada, já sob alguma diretividade, na busca de significações estabelecidas. Neste momento selecionei quatro, das oito entrevistas, enquanto possibilidades de trabalho para alcançar o objetivo proposto pelo estudo. A seleção destes depoimentos se deu em virtude da capacidade destes sujeitos em refletir o próprio processo vivencial, a ponto de mostrar uma tentativa de apreender si mesmos na rememoração da experiência da internação psiquiátrica.

Estes quatro sujeitos não somente foram ao encontro da experiência, por meio das lembranças, como se empenharam em relacionar o seu habitar o mundo, na forma própria mesmo do habitar, à vivência da internação, no movimento de reflexão sobre si.

Eleitos os depoimentos, o processo de encontro com as falas me levou a recortar trechos que pudessem elucidar elementos necessários para a compreensão do fenômeno, sobre os quais procurei lançar luz para o movimento de interpretação.

Ainda nesta aproximação atenta procurei permitir-me captar o fenômeno como energia, empreendendo uma compreensão sobre ele a partir do sujeito mesmo e

gerando um material referente à dimensão individual. Nesta ocasião a identidade do ser-doente-mental começou a apontar como uma luz que iluminou cada relato, suspendendo a experiência concreta da internação psiquiátrica para que o ser-aí começasse a se mostrar enquanto tal.

Somente então, de posse de um repertório individual de significações, procurei perceber os pontos comuns entre os relatos e alinhava-los para que me permitissem explorar a dimensão representativa do fenômeno, a ponto de construir o que denomino núcleos do sentido, que possam clarear o *ser internado em hospital psiquiátrico*, tomando por norte a reflexão dos sujeitos sobre si mesmos.

Partindo destas convergências a estrutura do ser-aí tomou forma, representando o alicerce para a construção dos núcleos, que tendem a mapear as significações dos entrevistados desvelando o conteúdo buscado: o sentido da verdade. A reflexão fenomenológica então foi munida de elementos ontológicos gerados a partir das experiências ônticas relatadas e emoções descritas a partir delas.

A verdade do ser constitui o ponto de partida e de chegada para a compreensão ontológica, constituindo o cerne do conhecimento do homem sobre o próprio homem; este entendimento *a priori* levou-me a lançar mão do recurso fenomenológico para explorar a internação psiquiátrica enquanto esfera temática.

O posicionamento nuclear da constituição ontológica do ser-aí na busca pelo sentido de ser internado em hospital psiquiátrico originou a denominação “Núcleo do Sentido”, que é utilizada neste estudo enquanto recurso de relação das significações e unificação dos sentidos gerados.

Os relatos são impregnados do mundo vivido pelos sujeitos, que foi inteiramente considerado em sua malha existencial, de forma que a experiência da

internação psiquiátrica se mostrou diluída neste mundo, como parte dele; analogamente os trechos recortados representam os discursos, mas não o são.

O *estar-sendo-agora* que se mostrou à ocasião das entrevistas foi relacionado às impressões dos sujeitos a respeito da vivência da internação, de forma a configurar uma percepção de si mesmo, em busca da verdade do ser do ente. A partir daí a Analítica Existencial foi empreendida utilizando-se das existenciálias propostas por Heidegger, no sentido de direcionar ontologicamente o olhar: do ente para o ser.

Ressalto que a pretensão deste trabalho é aliar os conceitos a perspectiva heideggeriana que vem sendo delimitada no transcorrer do estudo, para a compreensão de um fenômeno que a mim se mostrou significativo, ou seja, utilizar da estrutura de entendimento sobre o ser como recurso para uma compreensão mais ampliada sobre ser internado em hospital psiquiátrico.

Assim sendo, não pretendo recorrer à totalidade da ontologia heideggeriana, mas buscar os elementos dela constitutivos que se encaixem no desenho desta compreensão, entendendo-se a contribuição filosófica para o aprofundamento das questões existenciais que guiam as práticas em saúde.

Os relatos permitiram-me captar o modo dos sujeitos de ocupar-se das coisas, traduzindo o modo de ser-no-mundo-com-o-outro, com quem compartilha as vivências mundanas; compreender *como* Dasein vive, interage, existe, abre o caminho para clarear o ser que é do ente que onticamente se posiciona em um mundo que ele vai significando e tomando como dele próprio.

No movimento de resgate histórico pessoal, necessário à entrevista, cada sujeito participante pareceu empenhado em traduzir o conteúdo interno que emergia, de forma que a linguagem pudesse ser o fio condutor entre o sentido refletido e a pesquisadora. O esforço em sentir-se compreendido se mostrou próprio do homem que *é com*, e, sendo na coletividade, busca do outro o reconhecimento que é dado na tolerância.

Participar as vivências (com a entrevistadora) implica buscar as explicações pessoais e descrever o que se sente, a emoção, firmando-se como pessoa que se faz importante no seu modo de viver, ainda que na coletividade; é esclarecendo dialeticamente que a relevância da personalidade se impõe e expõe – ao outro (a si mesmo, portanto).

Durante o processo de compreensão do conteúdo proveniente dos relatos as minhas significações a respeito do fenômeno vivência da internação foram postas à luz, conformando um repertório existencial relacionado às minhas próprias vivências enquanto enfermeira no campo da psiquiatria.

Este processo auto-reflexivo sobre a prática assistencial em hospital psiquiátrico aliado ao conhecimento científico adquirido para a sedimentação deste estudo, veio permitir um entendimento ampliado sobre a temática da internação psiquiátrica; ao empreender o trabalho interpretativo as nuances surgidas em minha rememoração acerca do tempo em que estive próxima à realidade mundana dos sujeitos

foram facilitadoras em razão de conhecer a dinâmica institucional focalizada e nutrir por eles uma atitude compreensiva.

Buscando o sentido de ser internado em hospital psiquiátrico, tal como é significado pelos sujeitos que passaram pela experiência, os Núcleos do Sentido formulados são:

- 5.1) A mostração do ser-aí no ser-doente-mental;
- 5.2) O modo de ser-no-mundo do ser-doente-mental;
- 5.3) Ser-no-mundo-cuidado na impessoalidade.

5.1 A mostração do ser-aí no ser-doente-mental

Para Heidegger (1973), ao traçar uma compreensão da identidade pensada a partir de Parmênides (o ser/ pensar como parte da identidade), contrapondo com a identidade formulada a partir do pensamento ocidental metafísico (a identidade como traço do ser), a mesmidade – do ser e do ente – é o “comum-*pertencer*”, do homem e do ser, um entregue enquanto propriedade ao outro.

Ou seja, o homem é o ente, assim como as outras coisas, mas ente que *pertence ao* e se *corresponde com* o ser; esta relação de correspondência entre homem e ser advém da característica pensante humana, que faz do sujeito aberto para o ser. Ao tratar deste tema Heidegger não faz alusão a um atributo intelectual do homem, mas ao poder de compreensão do ser, auto-reflexão que apodera o homem de si mesmo.

O *ser* aludido por ele, sob este prisma, constitui o ser de algo e/ ou a sua existência mesma (de algo), e é utilizado em seus escritos tanto para designar o ser-aí quanto o ser das coisas, em geral, sendo manejado diferentemente dos entes. Para

Heidegger, a distinção entre ser – *das Sein* - e ente – *das Seiende* - constitui a ‘diferença ontológica’ (INWOOD, 2002).

Em *toda a parte* e em *qualquer que seja* a relação, a identidade vem ser evocada. Para o filósofo, “se não falasse este apelo, então o ente jamais seria capaz de manifestar-se *em seu ser* como fenômeno”; o ser aborda o homem, a abertura do ser se dá somente na presença do ente. Assim, ao dizer que o ser a nós pertence, Heidegger afirma que “[...] somente junto a nós pode ele ser como ser, isto é, pré-sentar-se”, e somente o ser existe na unidade (ente-ser) ao ser evocado por sua identidade (BOSS, 2001; HEIDEGGER, 1973).

É ao ser evocado que o ser – existencial - (por meio da identidade) se mostra ao pesquisador, enquanto possibilidade do ser (sujeito) pensante que reflete, compreendendo e se apropriando do próprio ser.

Em uma compreensão da identidade em Heidegger, por Kahlmeyer-Mertens, o ente é um modo de dar-se do ser, aquilo que “se desdobrou à superfície do fenômeno”, imbricando-se no próprio conceito de ser; mais cuidadosamente, a identidade não é *do* ser, como atributo ou categoria, mas traço característico do ser do ente, que confirma o ser no ente. O ser vem se mostrar no ente a partir de um apelo, em sua identidade, e se co-pertencem, ente e ser, apesar de se formarem enquanto unidade (uno) (KAHLMAYER-MERTENS, 2007).

Para o autor, Heidegger propõe que ser e ente são ontologicamente dois modos de apresentação/ mostração da mesma coisa e que “apelar” diz respeito ao modo pelo qual a identidade é inferida, mediante o ente; “o ser-aí é” (e só pode ser na medida em que é *ser*), e compreende o ser que é, o que lhe confere a posse do existir, diferenciando dos outros entes do mundo.

Em outras palavras, Kahlmeyer-Mertens esclarece que, na concepção heideggeriana, a compreensão do ser de si mesmo *é o que faz existir o ser-aí (Dasein, no original alemão)*, o homem, tal como *único* ente dotado da possibilidade desta compreensão, que o permite, inclusive, pensar a apelação da natureza para o mostrar do ser dos entes em sua unidade, primeiro ponto para o entendimento do tema como se desenvolveu durante este estudo.

O ser é relativo ao homem, mas não é o homem, o ser, e “não pode haver, pois, ser do ente *sem* o homem”. Da mesma forma, o ser-aí é o homem, mas não pode ser objetivado, mas *está sendo* na possibilidade de ser apreendido enquanto ser-no-mundo (BOSS, 2001).

Ao nos aproximarmos do referencial teórico heideggeriano de identidade do ser-aí, podemos compreender que o ser buscado no presente estudo é mostrado quando o interpelamos por meio da entrevista (apelo para que apareça), a partir do homem que dele se apropria e que é ele próprio, sob a identidade de doente mental.

O sujeito é uma unidade ser-doente-mental, na mesmidade do ser e do homem imbricados e palpáveis na doença mental, no modo de ser doente mental. Ao procurar as emoções e pensamentos relativos ao viver a internação psiquiátrica, os sujeitos da pesquisa trazem à tona o ser-doente-mental enquanto unidade, sendo passível de compreensão nas suas representações sobre o fenômeno (vivência da internação psiquiátrica) buscado.

E isso somente pode acontecer à medida que buscamos um outro ente, o hospital psiquiátrico, enquanto fio de ligação entre o homem doente mental usuário do CAPS e o mundo (da doença mental), no entendimento do *relacionar-se com* do homem. Sob este modo de olhar a realidade, o hospital psiquiátrico é parte do *aí (Da)* do ser (*Sein*), não somente como espaço e tecnologia intramundanos, em que ele se

move e que ele manuseia, mas como pertencente ao ser, portanto originalmente constitutivo do ser-aí, e do qual ele tem entendimento (o ser-aí compreende os entes que lhe vêm ao encontro; ele os reconhece e submete-se à reflexão do seu si mesmo, que contempla o ente pensado).

Neste sentido, os sujeitos reconhecem-se no mundo como doentes mentais; ser-no-mundo aparece como ser-doente-mental, nas relações com os profissionais do campo da saúde mental (relações terapêuticas) e com os outros doentes mentais, na medida do espaço da doença e no tempo da doença.

Os sujeitos tecem as emoções *moldadas* pela doença mental, enquanto sua propriedade: externalizam a doença como *ente carregado pelo* sujeito, como ‘problema’, ‘confusão mental’, adquirido e amarrado a ele, não enquanto manifestação *a partir dele*, como linguagem, ou melhor, como modo de mostrar-se. Não se lançam à compreensão mais plena de quem e como são, no sentido da essência, apesar de serem dotados da capacidade de fazê-lo, porquanto existem.

O ser-doente-mental é uma (outra) forma de mostrar o ser, em sua co-pertinência, ou seja, ser-doente-mental comum-*pertence*, é o mostrar do ser do ser aí, a sua identidade. Os discursos são permeados por esta identidade (ser-doente-mental), que perpassa todo o conteúdo do trabalho, subsidiando a compreensão da vivência da internação em hospital psiquiátrico.

Ser-doente-mental desvela-se e não se pode pensar a internação psiquiátrica sem que sejamos tomados por esta identidade que permeia a própria internação, enquanto vivência. Os sujeitos delineiam o ir e vir na trajetória da psiquiatria, delimitando um *continuum* organizacional (conjuntural) que permite um passeio pelas experiências da doença mental, e assim vai se desenhando a vivência da internação psiquiátrica. Neste desenhar os sujeitos vão como que contando para si próprios cada

experiência (única), reportando-se aos fatos e atribuindo a eles uma interpretação pessoal.

Ser-doente-mental é sentido na condição de foco dos conflitos relacionais (dele com os outros, dele com ele próprio), afastando-se do seu *mundo-vida* original, que existia anteriormente à doença, como assim trazido nos relatos [mas criando um novo mundo] em uma situação de tensão corrente e desapropriando-se do [seu] poder de manifestar-se na sua autenticidade.

“Mas eu tomo como experiência, né. Pra ver o que ce fala pras pessoas, né. Pra não sair muito fora do padrão, né”. (Ozório)

A ele cabe submeter-se, simbolicamente, à roupagem institucional, que *colocam nele* (ele aceita vestir).

“Sabe, assim... eu não guardo, assim, rancor do meu irmão, porque... ele num... não teve estrutura pra lidar com o problema, né...” (Ozório)

“Que o meu irmão tava estressado, ele precisava... sair de férias, né. Não queria e não podia me levar, porque ele não tava dando conta”. (Ozório)

“Tamém foi parte culpa minha porque eu... vou falar... que eu era um anjo, né... Ele (o irmão, que o internou) pensou ‘ah, ele vai pular do quarto andar’, né... por isso que eu não tenho tanta raiva assim, né, das pessoas... eu vejo que parte foi culpa minha. Hoje eu já penso duas vez no que que eu vou falar, né!” (Ozório)

“O tratamento, a doença é assim, quando a pessoa ta cuidando de mim, por exemplo, você, você ta cuidando de mim, eu vou pegar raiva de você, porque você ta tratando... Agora, o porque disso eu não sei!” (Eli)

Justificando as atitudes do outro, normalmente familiares protagonistas na situação da internação psiquiátrica, o sujeito diz da sua posição articulando fatos conjunturais, admitindo que o seu comportamento resulta em um inconveniente na vida das outras pessoas, validando o ‘peso’ da doença mental.

Conseguem vislumbrar uma relação e que a ação de um marcará a reação do *outro*, que não é, necessariamente, doente mental. É válido ao familiar ‘não ter estrutura’ ou ‘não dar conta’, e é razoável que essa (falta de) estrutura seja relacionada ao comportamento do doente; o doente se coloca naturalmente na posição de gerador dos conflitos.

“Até que essa última vez foi boa. As enfermeira foi boa dessa vez pra mim. Tudo boazinha, as enfermeira que tá lá né [...] elas foram boazinha, não me batiam, elas não me bateram, sabe... tem paciência.” (Eli)

No trecho imediatamente acima é possível destacar que, para Eli, o comportamento não violento das “enfermeiras” (como denomina as funcionárias, não distinguindo categorias profissionais) deriva, variavelmente, de um acréscimo de tolerância (‘paciência’) com relação ao seu comportamento, que naturalmente é intolerável.

Sob esta identidade não lhe é válido reivindicar, mas somente submeter-se ao que o coletivo espera dele, de forma que se permite abater na ruína, desviando-se dos seus projetos originais e diluindo-se entre os outros.

Destarte, o sujeito assume este modo de ser *anteriormente* à internação psiquiátrica, ou seja, é a doença mental que o tolhe *a priori*, sob a sua perspectiva, que não inclui um olhar auto-reflexivo ainda prévio à doença mental, à sua condição de ser original.

“Não tenho mais... um passado, aquelas amizades do passado, de antes... eu não tenho...”; “São poucas pessoas que vem... na minha casa não vem ninguém...” (Bárbara)

“Aí chegou um ponto que eu... que eu falei pra psiquiatra que se fosse pra mim viver uma vida impotente tomando remédio, eu preferia cometer suicídio e sumir daqui. Entendeu? ... eu preferia...” (Pedro)

“Enfim... a vida passou”. (Pedro)

Os entrevistados são capazes de apontar um ser anterior à doença (como se ela fosse instalada em um tempo), *mais* livre, mas ainda assim não *livre*, que é considerado perdido ou consumido pela doença, uma vez que esta é sentida como coisa em si mesma.

“Aí eu vinha pra cidade, eu... eu... sozinho, vinha pra cidade, pegava carona, aqui em Botucatu... Como eu toco violão eu... eu tocava violão no bar pra bebe pinga, eu... e cerveja, e remédio... e tudo mais.” (Pedro)

“um jovem que tem uma namorada bonita e que... que não consegue ter ereção mais! Inclusive precisei largar da menina porque... eu me sentia muito mal perto da menina, sabe... Por mais que... ela gostasse de mim e eu gostava dela, mais... o homem é o responsável pra... pra atacar”. (Pedro)

“Então eu acabei... eu acabei largando dela. Disisti dela e... ela foi pr’um lado, enfim...” (Pedro)

É a partir da doença que o sujeito considera que perde a liberdade e somente *a posteriori* a internação psiquiátrica vai pertencer ao seu mundo e assumir a estrutura palpável do aprisionamento, reiterando a condição de doente mental, rompendo, então, com o seu projeto original.

“(...) eu, no meu caso, voltei a estudar, mas com muita dificuldade, então...” (Pedro)

“Eu troquei o padre pelo psicólogo. E hoje eu não tenho mais religião, né. Não tenho mais vida social, assim...” (Pedro)

Viver a internação psiquiátrica é uma face do ser-doente-mental, é o ser buscado que se mostra na doença mental, que não é o ser.

É sendo-doente-mental que o sujeito vive com as outras pessoas e se apodera dos entes, clareando o seu modo de estar no mundo. Ao indagar o homem, podemos indagar o que e se ele é, mas também como ele é, o seu ser-come (wie), o seu modo de ser, vislumbrando alcançar *quem ele é*, considerando a sua possibilidade de ser (INWOOD, 2002).

Seguindo este caminho, o homem *é* (existe) no mundo, não simplesmente junto com as outras pessoas ou coisas dentro do mundo, mas é ser – com (*Mitsein*), no sentido relacional de transformação e atuação no mundo. Originariamente, primitivamente, o homem, ser-aí, é *com as pessoas* e *junto com as coisas*, além de *ser-si-mesmo*, compondo circularmente o que Heidegger denomina mundo circundante (HEIDEGGER, 2008).

Ao tratar de relação [com] o filósofo não diz de uma relação objetivada, matemática, causal, mas de uma relação existencial em que a relação é o próprio ser-aí; um e outro (pessoa/ coisa) se correspondem, respondem ao chamado um do outro, abrindo-se por intermédio da linguagem que não é caracteristicamente sonora, mas também o pode ser, pela palavra (o *dizer*, sonoro ou não, para Heidegger, é o mostrar) (BOSS, 2001).

Desta forma, não é antes de ser *com o outro* ser *consigo* mesmo; é com o outro desde o seu existir. O ser-aí deixa que o ser-aí do outro venha encontrá-lo, venha ao seu encontro, podendo estar distante fisicamente do outro, mas ainda assim é com ele, primordialmente, e ainda que na discórdia (de pontos de vista, por exemplo) os homens se relacionam a partir do apossar-se dos mesmos entes e tê-los como os mesmos entes. E podem os homens aproximar-se desde que entrem no campo de visibilidade um do outro (INWOOD, 2002).

Ao pactuar estratégias de tratamento (cuidado) nas esferas destinadas pelo homem a tal, o sujeito somente expande a convivência que anteriormente mantinha, com outras pessoas, em outros cenários, mas sempre expandindo. Ao internalizar o local de tratamento como legítimo à sua permanência, reconhece a sua utilidade, mas mais ainda, reconhece o ponto de comunicação com as pessoas que ali habitam, pois um e

outro (usuário do serviço e profissional e outro usuário) dividirão o mesmo campo de visibilidade, seja o CAPS ou o hospital psiquiátrico.

Abre-se para um novo universo relacional, por intermédio da linguagem, ainda que deseje deixar de conviver; no hospital psiquiátrico o doente conhece e reconhece as pessoas, com elas estabelece um diálogo que o faz refletir, ainda que nos desacordos cotidianos com essas mesmas pessoas, e que o impulsiona na vida, de uma forma ou de outra. As relações jamais são estáticas; a transformação é bilateral e fluida, e nem sempre percebida como tal.

Ao ser agredido (pelas pessoas com quem convive) no hospital psiquiátrico o sujeito dá continuidade à relação de violência que já é dada na instituição (anterior a ele), fazendo parte do mundo da violência no hospital psiquiátrico e se expressando nele, marcando a violência e perpetuando este modo de ser agredido, que é, ao mesmo tempo, partilhado com outras pessoas, doentes mentais.

“Elas (falando das funcionárias) quer bater na gente, nas paciente. E... E eu me defendo o mais que eu posso, né...” (Eli)

“[...] eu só sei que quando eu acordei eu tava lá no QR, né... na salinha... fechada”. (Ozório)

Como veremos posteriormente, esse modo de ser agredido, e aqui não se diz da violência orgânica, isoladamente, mas da violência da privação trazida nos discursos, principalmente, vem reiterar o modo de ser do ser-doente-mental, sob uma corrente de movimento incessante que é reiterada pelo próprio mundo circundante que ele ajuda a construir.

Os óculos utilizados pelo sujeito que passa pela internação psiquiátrica são, naturalmente, diferentes daqueles utilizados pelo profissional de saúde que o assiste, lhe presta cuidado, como poderemos entender posteriormente. Apesar de pactuarem do mesmo espaço, ambiente terreno, com a mesma mobília, no mesmo tempo e diante das mesmas pessoas, *ser paciente do hospital psiquiátrico* mostrou ser caracteristicamente submisso ao poder exercido e, portanto, legitimado por alguém.

Esta relação de poder de um sobre o outro não deixa de ser uma forma reconhecida socialmente de ser - com, ou seja, é admissível que seja assim, na esfera hospitalar em saúde mental, uma vez que se reconhece algum caráter terapêutico (digamos útil) daquele mundo que é ainda hoje vivido pelo doente (do contrário o hospital não estaria ainda fazendo parte do mundo da psiquiatria).

A diferença de olhares - entre doente/ profissional - perante o mesmo ente, o hospital psiquiátrico, significa um desacordo, *inicialmente*, mas implica ainda o acordo sobre quais entes são utilizados; apenas as representações diferem, sendo relacionadas à historicidade, às relações anteriores dos sujeitos e, como não poderia deixar de ser, à utilidade do hospital psiquiátrico – como se mostra útil, em sua finalidade.

Parece-me que aos profissionais do hospital psiquiátrico a identidade ser-doente-mental legitima a determinação (por parte do profissional) do que deverá ou não acontecer em sua vida (do doente mental).

“Essa última vez agora não foi ruim, foi boa, a internação.

Deixava eu sair pra fora, eu não ficava presa lá dentro”. (Eli)

Ser-doente-mental é o mostrar do ser-aí percebido pelo profissional como incapaz de autodeterminação, passível de ser guiado ou levado, impossibilitado de projetar-se, que deve ser privado (de seu projeto original).

“Já vão tirando você e colocando como se você fosse uma débil mental e não soubesse que depois tem que tomar banho...” (Bárbara)

“Então... às sete hora da manhã, poderia tá o maior frio do mundo, que eu era obrigado a levantar e tomar banho. Ou jogado lá assim, ‘Ah, vamo tomar banho logo...’ Aí cê vê aquele monte de gente, enfermeira, assim, e a gente tem vergonha de tirar a roupa na frente de todo mundo, né...”.
(Pedro)

“Aí... apareceu um monte de enfermeiro, tava tudo escondido atrás... atrás do pilar, assim... acho que... eu não sei, tavam com roupa branca, né... Aí me seguraram, né... na hora eu não entendi, né...” (Ozório)

“Aí... eu não sei porque, mas me colocaram num quarto separado, mas com a porta aberta...” (Ozório)

E ao próprio ser-aí esta identidade é incorporada (a partir do social) e coíbe (por ele próprio) o projetar-se, e a ele resta *aprioristicamente* submeter-se à vontade do coletivo. Neste sentido, o sujeito aponta o outro como manipulador da sua existência, mas não se percebe como ele próprio o *abdicador*.

“E meu marido também, tem hora que ele tá bom, tem hora que ele tá irritado comigo... Uma vez fiquei de sair, ir na casa da minha mãe, ele não deixou...” (Eli)

“ [...] a Cláudia me tirou [...]. Eu vinha toda 2ª e 4ª, depois ela tirou, ela achou que eu tava melhor”. (Eli)

“[...] são mínimas coisas que eles não deixam você fazer...”
(Bárbara)

“Como eu era muito jovem, é... e ela... achou melhor dar alta pra mim. Então eu sai do Cantídio com alta, com sete dia de internação, completamente louco. Do mesmo jeito que eu entrei ou pior”. “Aí ela deu... ela deu alta pra mim... em surto, né... em surto...” (Pedro)

Para Heidegger, o outro não é distinguível do ser-aí, separado dele, mas mais precisamente “(...) entre quem nós também estamos” (INWOOD, 2002), ou seja, a ação do outro sobre mim é também a minha ação sobre mim, não destituída de (minha) responsabilidade por haver sido deliberada pelo outro, porque a ela eu me entreguei, no ato mesmo de me entregar.

Ao relatar o uso irregular dos psicofármacos, por exemplo, Eli atribui ao esposo a responsabilidade por uma futura/ previsível crise psíquica; entende, frente às experiências repetidas, que se o marido negligenciar o *seu* tratamento isso ocorrerá (fatidicamente). E ainda assim, vivenciando um quadro de insônia, que ela mesma aponta como sinal da deflagração de uma crise, Eli permanece inativa, permitindo, sendo consoante com a irregularidade do tratamento.

As falas abaixo ilustram a conformidade de Eli com o quadro descrito; consegue compreender a lógica *irregularidade do tratamento – crise psíquica*, perpassando a responsabilidade do esposo com relação ao seu bem estar, em última

análise, mas não consegue compreender a sua falta de voz no processo. O bem estar de Eli é compreendido por ela na dependência do manejo terapêutico por parte do esposo.

“Eu ando com problema de sono, né, os remédio não tão resolvendo nada, e quando eu fico sem dormir ataca crise em mim”. (Eli)

“Mas meu marido não ta dando essa quantidade certa de remédio, pra eu tomar a noite... então, não durmo... Tô com um sono... Ele não tá dando a dose certa. E eu não durmo... Tirou o comprimido da tarde passou pra noite, e eu não tô tomando esse remédio”. (Eli)

A situação é corroborada pela atitude do filho de Eli, no sentido de obstaculizar a proposta terapêutica, ainda consentida por ela.

“Meu filho... meu filho...é problemático, malcriado, respondão, tem 17 anos... me jogou fora todo remédio que o pai dele mandou fazê... pagou 20 real na caixa de remédio, ele jogou tudo fora...”. (Eli)

Da mesma forma, pinçando um trecho anterior, a usuária atribui à terapeuta (Cláudia) o poder de decidir quais são os seus dias de frequência no CAPS, determinando uma concepção de ‘melhor’ referindo-se ao quadro emocional apresentado por Eli (“ela achou que eu tava melhor”), ao mesmo tempo em que Eli segue a entrevista dizendo da insônia e da inadequação posológica, antevendo uma crise psíquica.

É nesse caminho de ser conduzido que o sujeito não se percebe protagonista de sua própria vida, crendo que pode conceder ao outro o poder pelo seu destinar, enquanto somente vai sendo, pelo (por intermédio do) outro, destituindo-se de responsabilidade pelo próprio ser/ vir-a-ser.

Partindo do caminho conceitual proposto por Heidegger em uma ontologia fundamental (no sentido do começo, de fundamento do existir) compreende-se, então, que o homem é o ser-aí dotado fundamentalmente de compreensão sobre o seu próprio ser, o que o faz ente distinto dos outros entes, e que homem e ser co-pertencem na constituição mesma do ser-aí, que é mostrado essencialmente em sua identidade a partir do momento que, originalmente, é com os outros e junto com as coisas em seu mundo circundante, por intermédio da linguagem.

Ser-com expande-se do *eu penso* para a percepção do outro sobre as coisas – e sobre nós mesmos, conseqüentemente - que reitera ou incita a reformulação da nossa própria compreensão de si mesmos: *como o outro pensa?* (o que pensa sobre *mim?*). Eu não penso isoladamente, mas a somatória de conhecimento do mundo em que me coloco advém do todo pensante: os outros. Tecer a compreensão de si implica buscar conhecer o que o outro pensa sobre este mesmo *si*, e também a partir daí o homem se conhece.

“Mas eu tomo como experiência, né [falando da internação psiquiátrica]. Pra ver o que ce fala pras pessoas, né. Pra não sair muito fora do padrão, né. Meu irmão que fala isso pra mim”. (Ozório)

Ser conhecido pelo outro como doente mental aparece em diversos momentos da entrevista, sobretudo ao dizer dos espaços não considerados terapêuticos

(espaços sociais, como nomearemos), como limitador dos espaços de circulação. Se *ser-doente-mental* é como se mostra o sujeito, assim será reconhecido, na sua caracterização de doente mental. E *haver sido internado* em hospital psiquiátrico assume incontestavelmente ser doente mental.

“ [...] mas ele [o irmão] foi intolerante à diferença, né. Quer dizer... saiu do padrão, né... aquilo ali...” (Ozório)

“É aquela coisa, né, que... quando as pessoas vêem uma coisa diferente, eles levam pro lado negativo, né, eles não conseguem respeitar...” (Ozório)

“[...] ele queria que tudo tivesse do jeito dele”. (Ozório)

Entretanto esta identidade não é escolhida deliberadamente, tampouco desejada, e o desenvolvimento de *sendo-doente-mental* é rejeitado socialmente, indicando ao sujeito um necessário afastamento espacial dos então considerados semelhantes. Para os não-doentes-mentais o ser-doente-mental é visto como diferente (a diferença está na identidade, portanto), e rejeitado como tal.

“[...]diz que eu andava muito, eu saía muito, fazia coisas que não devia, que nem fazer empréstimos, é... fazia um monte de coisas...” ; “[...] eu fiz várias coisas que levaram a ser internada. E o que eu sei... é aquilo que as pessoas me contam... que eu fiz... quando eu tava em... em confusão mental”. (Bárbara)

“A gente sai de lá... você sai de lá [referindo-se ao hospital psiquiátrico] com muito preconceito... As pessoas ficam com preconceito de você, porque você foi internada então você é louca...” (Bárbara)

“[...] e que existe muito preconceito... ce perde... amigo... ce perde namorada, ce perde...” (Pedro)

Ser (considerado pelo outro) *louco* representa, nos discursos, uma condição próxima, **não** necessariamente equivalente, a ser-doente-mental, mas uma condição não patológica atribuída socialmente àquele que se comporta como não poderia fazê-lo, condição esta rejeitada pelo próprio sujeito.

Parece-me que os sujeitos empreendem tentativas de convencimento de que são *doentes*, mas *não loucos*; a doença (enfermidade) assumiria um caráter de involuntariedade, pressupondo um tratamento e, portanto, algum controle possível por intermédio de uma coisa (medicamento/ terapias) *externa* ao sujeito. Sob esta perspectiva, responder a um fator externo significa escapar às rédeas do próprio homem, ao passo que os comportamentos não desejados/ rejeitáveis são incontroláveis pelo próprio sujeito, independem dele, são da esfera da fatalidade.

“Eles não entende que é um problema” (Eli)

“[...] mas muita gente acha que... que a pessoa tá com encosto”. (Pedro)

“Que a gente... ta em busca de tratamento, eu to em busca de tratamento até hoje...” (Bárbara)

“E... o que leva ao pensamento do suicídio, é que é uma doença muito cruel [...]”. (Pedro)

“E cheguei a ficar violento, coisa que eu não sou. Coisa que não é do meu caráter, assim... Ficar violento, né, assim... Que eu sou muito calmo... O remédio me deu reação, sabe...”
(Ozório)

‘*Estar em*’ confusão mental também é focado como condição temporal, acontecimento da vida a ser compreendido como tal, no instante em que se dá, na medida em que constitui *estar*. Assim, adquire nova representação, não mais de doença em sua cronicidade, mas de episódio, rompante, evento situacional – que se desenvolve vez ou outra.

“E o que eu sei... é aquilo que as pessoas me contam... que eu fiz... quando eu tava em... em confusão mental”. “E não é bem assim, a gente não é louca, a gente... fez uma confusão mental!” (Bárbara)

“Eu falo que assim, foi coisa do destino, porque foi mais por eu não ter onde ficar, assim, né, cê entendeu, né?” (Ozório)

“[...] isso é uma coisa que vai e volta, o tempo da depressão que a gente fica...” (Bárbara)

“[...] eu parei muitas vezes com a medicação e eu tive recaída... voltava tudo de novo, né...” (Pedro)

Concomitantemente a esta reflexão sobre como se mostra aos olhos do outro, o sujeito mesmo desenvolve uma consciência sobre a doença mental/ loucura, uma vez que é ele mesmo *o outro* em um mundo de representações, não lhe sendo facultado abster-se de concepções socialmente construídas sobre os fenômenos.

Ao sujeito cabe talhar a doença mental/ loucura sob uma *forma* (no sentido morfológico mesmo) tolerável para que ele possa aceitar-*se* [reconhecer o *si mesmo* enquanto tolerável para si próprio]; e talhar implica volição, na intenção mesmo de esculpir, mobilizando recursos intrínsecos, na ação da mobilização, capazes de minimizar a dor de não ser acolhido pelo seu próprio mundo, dando forma. Mas ainda assim o entalhe não é capaz de mudar o que *é*, porquanto continua sendo o ser-doente-mental o modo de se mostrar.

*“além do preconceito ce também tem o preconceito interno que...
existe assim... uma autocrítica. Então ce tem uma autocrítica
em relação a você. Então ce fala... mas por que eu?... Por que
que acontece isso comigo... ce fica com uma vergonha,
vergonha de sair de casa...” (Pedro)*

*“Aí eu acabei... na época, né... eu tinha umas idéias assim, né,
meio... que hoje... pra mim é até engraçado, né! [...] eu falei
pra ele que eu era um anjo!!!” (Ozório)*

Apresentar comportamentos que guiam o indivíduo ao hospital psiquiátrico relacionados a uma condição/ situação denominada *médica* - doença/ agravo/ enfermidade/ alteração neuropsíquica - parece merecer alguma aceitação por parte do grupo social e, inclusive, do próprio sujeito, ao passo que *ser* louco indicaria uma condição do ser humano, que defronta uma moral.

Esse entendimento se faz plausível quando percebemos o cunho sociológico da internação psiquiátrica, com o respectivo rótulo que será atribuído ao sujeito que foi internado, ainda que uma única vez. Assim, ser-doente-mental precisa ser afirmado como não louco, e passar pelo hospital psiquiátrico implica assumir este afirmar.

“[...] lá fora existe o preconceito quando sabem que teve no Cantídio...” (Bárbara)

“Porque a própria... família, te denomina louca. A própria família... às vezes entra em... conflito com a gente... porque eles não entende que a gente ta num transtorno, acha que é fingimento... então tem coisas que... não dá... pra gente suportar”. (Bárbara)

Ao buscar palavras na tentativa de esclarecer do que se trata a vivência da internação psiquiátrica, o sujeito busca compreender o fenômeno doença mental como se desenvolve em sua vida, buscando a aceitação do outro, partindo sempre de algo (doença mental, entitativa) que é indesejado e que está fora dele, precisando ser compreendido, no sentido de aceito, tolerado.

“E é difícil pra uma pessoa que tá fora... entender isso... então é muito triste!” (Bárbara)

“Uns vê d’um jeito, outros vê de outro”. (Pedro)

“To tentando esclarecer o máximo que eu...” (Ozório)

“Sendo que talvez se a família... tivesse uma atitude mais de compreensão, não precisaria internar”. (Ozório)

Apreende-se que o sujeito (representando os sujeitos da pesquisa) é o ser-aí que se mostra *ao* e *no* mundo enquanto ser-doente-mental no seu modo de ser-com-o-outro na instituição psiquiátrica – no mundo do hospital psiquiátrico, como veremos adiante – se apoderando dos entes e os partilhando com as outras pessoas em um campo de visibilidade que lhes permite conviver. E vai sendo, projetando-se na doença mental como universo considerado (até então) possível - que o coíbe de lançar-se.

Foi necessário ao sujeito abrir-se para um ente intramundano, no caso o hospital psiquiátrico, para que ele pudesse mostrar-se e, portanto, para que pudéssemos empreender a tentativa de buscar pelo seu ser, uma vez que somente existe na relação com os entes, e ao mesmo tempo o ente hospital psiquiátrico se dá como ente sob a condição do *ser* do ser-doente-mental.

Ao falar de tentativa referimo-nos à imperceptibilidade do existir, distintamente das coisas, que não o faz acessível simplesmente porque representou um objeto, mas sim implica um aparecer/ ocultar do ser.

Sob a concepção heideggeriana, o ser mostrou-se ele mesmo a partir do momento que *permitimos o seu dar-se*, ou seja, o ser apareceu espontaneamente no ser-doente-mental, o que não era esperado de início, para que compreendêssemos o viver a internação psiquiátrica não como experiência passada vivida, mas como vivência percebida no campo de representações do sujeito, ele mesmo buscado no estudo.

Não é o *ser*, o hospital psiquiátrico, enquanto estrutura entitativa; mas o homem que viveu/ vive a internação psiquiátrica mostra o seu ser, que é o ser buscado, ao dizer dele pela linguagem *do como* vive/ viveu a experiência. Rememorando as experiências no hospital psiquiátrico (ou seja, re-apropriando-se do *haver sido*) e contando para o outro, no caso a pesquisadora, o ser-aí mostrou, no ser-doente-mental, o *dar-se* do ser, presentou-se no ser-doente-mental.

Ser-doente-mental revela-se, enquanto desvendamento do ser, na condição de estar-sendo privado (de), agredido (pelo outro), limitado (a), reagindo ao mundo como esperam dele, na linguagem da doença mental que pré-supõe a abdicação e a submissão.

Para o sujeito, sob uma compreensão imediata, somente lhe é válido permanecer, ficar, aceitar, resignar, a ponto de crer que o seu mundo deverá restringir-se àquele, da doença mental, como que estanque, não partindo sempre. Esta compreensão de permanecer ignora a sucessão de *agoras* que não permite ao ser-aí ficar.

“Porque muita gente fala, assim, se... se tem vida após a morte.

E a pergunta que eu faço é... se tem vida após o hospício”.

(Pedro)

O relato acima vem indicar um *fim* de vida que acontece com a internação psiquiátrica, a partir de uma analogia entre a internação no hospital psiquiátrico mencionado e a morte. Vivenciar a internação, então, implica morrer, ou seja, não existe um retorno a uma condição prévia (no caso, à condição de vivo, vivente).

Simbolicamente, ao voltar-nos para o universo da doença mental, da maneira como viemos fazendo no experimentar deste estudo, a morte não é a mesma morte do corpo, sistêmica, mas a finalização da condição de viver, enquanto experiência irreversível gerada pela internação psiquiátrica, na conjuntura em que se dá, e que admite um fim de ser, de alguma forma: *o fim de ser não-doente-mental*.

Ser-doente-mental nasce de um fim, para um nascer, então, que é o imergir de uma identidade do ser que já era o mesmo *ser* de antes (não podendo ser/ haver sido outro), mas agora, a partir da internação psiquiátrica, se mostra em um modo de ser que não coincide [inteiramente] com o *modo de ser prévio à internação*.

Porém sempre fora o mesmo *ser* do ser-aí, agora reconfigurado, sob outra roupagem, na construção cotidiana de uma identidade de doente mental, tomando consciência de si, mas ignorando o movimento contínuo de lançamento que faz, ora **do antes da internação para o após a internação**; ora **do hospital psiquiátrico para o CAPS, do CAPS para outras partes do seu mundo** por intermédio da entrevista, etc.

Ainda, tomando por roteiro o mesmo relato que compara o hospício à morte, relato este que consegue aplicar sentido às palavras do todo dos sujeitos da pesquisa, percebe-se, em uma leitura atenta, o questionar explícito relativo a esta comparação. Ao utilizar “[...] a pergunta que eu faço é... se [...]”, entende-se, preservando-se a analogia, uma ação de perguntar por (algo) que pré-supõe o embrenhar a procura de uma resposta (o que extingue, por conseguinte, uma certeza).

Somente pergunto se me inquieto (*com*), ao passo que se existe a inquietação não se faz uma afirmação; o conteúdo não se extinguiu, não cessou a busca, ou seja, permanece acesa a luz que guia o homem, apesar da aparente escuridão, enquanto ele busca/ procura a luz verdadeira – no caso, o *ser*.

Na condição de doente, o sujeito não percebe o constante vir-a-ser e o seu destinar, unidirecional para a morte, enquanto iminente projeto que é o ser-aí. O ser-aí se projeta no mundo como ser-doente-mental projetando a sua angústia, sem perceber que é essa mesma angústia o propulsor do seu lançamento.

Continuando neste questionar aflorado no relato, perguntar ‘se’ (existe vida após o hospício) indica *possibilidade*: possibilidade de não haver vida após a vivência e possibilidade de haver vida. A terminalidade que supúnhamos, então, pode desfazer-se se nos propusermos a navegar mais despretensiosamente pela indagação; aos sujeitos abrem-se novas possíveis experiências e os sujeitos vêm a elas se abrindo, não havendo,

sob este ponto de vista, um fim (a não ser, como já esboçamos, o fim de ser não-doente-mental).

Ainda assim, ao findar hipoteticamente um *poder viver sem haver sido internado*, inicia-se um novo poder viver, *sendo doente mental* e passando pela internação psiquiátrica, que é aceito pelos sujeitos da pesquisa, mesmo que no ocultamento deste aceitar (lançar-se). De qualquer forma, *sob a interpretação dos sujeitos*, na ocasião recortada que é a entrevista, ser-doente-mental tem uma forte conotação de finalização de projetos, e esta finalização vem ser solidificada pela estrutura manicomial.

“[...] lá fora você pode, existem milhões de possibilidades pra você evoluir e pra você vencer.” (Pedro)

“a gente carrega isso dentro da gente...” (Bárbara)

“Eu não tive mais... assim... uma vida sem o Cantídio ou sem o Caps”. (Bárbara)

“Eu sentia muita vontade, muito desejo naquela época... que eu só pensava em suicídio. Que eu achava que... que eu num ia agüentar mais... Eu num.... não via recuperação.” (Pedro)

5.2 O modo de ser-no-mundo do ser-doente-mental

Os entes estão dispostos no mundo independentemente do uso que se faz deles, como entidades em si, entretanto somente *são* quando o homem, ente mundano, se utiliza deles, ou seja, a partir da sua função que se mostra ao homem, na dependência

da existência humana; o modo de ser no mundo do homem diz respeito a este manuseio constante e não percebido na obviedade cotidiana, mas que diz da sua relação com este mesmo mundo, circundante.

Para Heidegger, trata-se de um mundo que o homem produz, que não é externo a ele e no qual ele se projeta e projeta as próprias possibilidades (*aí* – Das), por isso precisa ser compreendido para uma posterior compreensão da existência do próprio homem (HEIDEGGER, 1979).

Para discutirmos sobre uma *coisa* é necessário admitir uma relação entre esta e o homem; essa relação antecede o discurso sobre a própria coisa, que está no espaço, junto com o homem, mas não tem existência (BOSS, 2001). Assim sendo, é fundamental que olhemos para os entes/ coisas, os tornemos temáticos anteriormente ao pensar sobre os comportamentos humanos, para que possamos inferir sobre a vivência da internação, como se dá ao homem.

A apropriação dos entes denominados por Heidegger ‘intramundanos’ se desenvolve à medida que o utensílio se mostra útil ao homem, e esta apropriação se dá na mesmidade do ser e do ente, enquanto unidade. Assim, ser e ente são um, como o homem e o mundo o são; o utensílio e o homem são o ser, e ao se apropriar dos entes o ser-*aí* (ser-no-mundo) se faz *ser* (HEIDEGGER, 2008).

O ser do ser-*aí* apresenta-se, como experimentamos no desenvolvimento do presente trabalho, no ser-doente-mental, que se mostra no *modo como se ocupa* dos entes, na forma pessoal como elege utensílios intramundanos e os manuseia, na sua manualidade.

Por manualidade compreende-se o modo de ser manual do ente, caracteristicamente passível de ser ocupado e significado pelo homem, em determinadas condições/ circunstâncias da vida do sujeito, ou seja, sob uma determinada conjuntura,

que faz do utensílio *coisa* a ser usada, uma vez que não é auto-suficiente. É o modo de apresentar-se do ente (a-pre-s-entar), enquanto ser em si (INWOOD, 2002; KAHLMEYER-MERTENS, 2008).

O homem visualiza/ reconhece o utensílio/ instrumento/ material a partir do seu desenvolvimento funcional: vê a sua utilidade, porquanto é útil, coisa que tem o caráter de “a fim de”, de finalidade, referindo-se a algo (INWOOD, 2002).

Segundo Gawendo (2001) o humano se abre, na sua capacidade de ser aberto a tudo que é, “[...] para o desvelamento do que vem ao seu encontro (p. 72)”; “lidando com os entes, absorvido no mundo, o ser-aí recria o mundo, segundo as suas possibilidades. Cria seu ambiente na trama de relações significativas e essa trama o absorve através do manuseio, da ocupação [...] (p. 82)” das coisas. Estando ocupado das coisas o ser humano cuida de ser, e somente existe enquanto se ocupa (de).

Eleger o hospital psiquiátrico implica ocupar-se da internação psiquiátrica, manejando o hospital como se mostra ao sujeito, sob a condição da crise psíquica. Ao mesmo tempo, o hospital psiquiátrico constitui ente/ utensílio que *se refere*, na linguagem heideggeriana, a outros utensílios com os quais está em conjunto, como a faixa de contenção, os psicofármacos, os chamados quartos de contenção, bem como o centros de atenção psicossocial, os serviços de emergência psiquiátrica e os ambulatórios de saúde mental, entre outros, independentemente de quem os manuseie.

Os sujeitos ocupam-se da doença mental e de serem internados em hospital psiquiátrico, como atualmente vêm se ocupando de ser usuários do CAPS, manejando o CAPS.

Sob a mesma óptica, os profissionais que compõem o quadro funcional do hospital psiquiátrico se ocupam de manter a instituição asilar de tratamento em psiquiatria, manejando os instrumentos acima mencionados, garantindo a continuidade

deste sistema, ainda que muitas vezes não percebam a lógica psiquiátrica, o mundo da psiquiatria (que é o mesmo mundo da doença mental) e ainda que estes entes sigam os seus próprios caminhos.

Ocupar-se (de), portanto, é diferente de *manejar (algo)*; é o modo de mostrar-se, em sua identidade, *por intermédio do como utiliza* algo – assim, como o ser-aí se relaciona com a estrutura entitativa ‘hospital psiquiátrico’ é que se revela o ocupar da internação, e não diz respeito (somente) ao momento mesmo da internação, o tempo de estar internado, mas sim à representação que faz do hospital psiquiátrico, em sua complexidade institucional, independentemente de estar ou não no ambiente hospitalar.

É a mundaneidade do mundo que permite aparecer o ser-no-mundo, mundanidade que se expressa ontologicamente na análise do manual intramundano, pelo qual a presença se relaciona com este mesmo mundo (HEIDEGGER, 2008).

Em seu habitar o mundo o homem é levado, como foi pontuado anteriormente, a experienciar determinadas vivências experienciadas pelo outro, com quem se mantém em relação constante, por perpassar, a experiência, a realidade social. Em termos de eleição (de utensílios), então, não podemos dizer apenas da opcional eleição pelos entes a serem manuseados ao longo da vida, mas também de uma *escolha coletiva para o homem*.

Nesses termos, o sujeito não escolhe, pela primeira vez, apropriar-se do hospital psiquiátrico, mas os outros o levam a conhecê-lo, diante de uma circunstância especial na vivência global do sujeito, porquanto se mostra a primeira crise psíquica que desencadeia o processo de transitar pelo arsenal da psiquiatria.

O experimentar a internação psiquiátrica, sob este prisma, condiz com a vivência da [única] *primeira* crise psíquica considerada grave, do ponto de vista da psiquiatria, tomando-se por referencial a lei 10.216/ 2001, já mencionada na introdução

deste trabalho, que caracteriza a internação psiquiátrica enquanto último recurso, esgotadas as demais possibilidades de tratamento em saúde mental e que parte do princípio do risco para o cliente e/ou terceiros, advindo desta crise. Esta é a conjuntura em que a internação psiquiátrica se apresenta ao sujeito.

Como tivemos a oportunidade de perceber, os sujeitos da pesquisa exploram um viver/ ser anterior à internação psiquiátrica, marcando a primeira internação como o rompimento deste viver prévio. Por este ângulo, podemos empreender que a internação passou tardiamente a fazer parte da vida deste sujeito, ou seja, o primeiro contato ocorreu na idade adolescente/ adulta, mas ele se apropriou dela como característica do seu mundo, se acostumou com ela, e vivenciará em alguns momentos posteriores, muito possivelmente.

Os entes, como se nota, *passam a ser* manuseados, na medida da sua utilidade, e a partir do momento em que passam a ser conhecidos, e são desenvolvidos para o uso enquanto seres em si.

“E... até hoje eu não gosto, mas se precisar internar, fazer o que... Tem que ir, né...” (Eli)

‘*Ter que ir*’ (ao hospital psiquiátrico, internado) se refere a uma posição tutelada, que indica não haver possibilidade de não ir, ficar. Esta obrigatoriedade da internação vem desenhada pela decisão do outro e traduz o manejar rotineiro do hospital psiquiátrico, já incorporado ao viver do sujeito.

Eli, tornando ao trecho anterior, ainda procura validar esta obrigatoriedade ao desferir no final da frase a expressão ‘*né*’ (não é?) buscando a confirmação (a minha confirmação, no caso) desta imposição, mas não denotando, ao que parece, um questionamento sobre ter que ir, e sim ela mesma validando para si, em um movimento

reflexivo mas de aceitação do *ter que* – que foi tomado de verdade pelo caráter repetitivo da experiência (Eli passou por seis episódios de internação em hospital psiquiátrico, até a data da entrevista).

‘*Fazer o que* [?]’ precede esta confirmação do ‘*né*’ do *ter que*, que paradoxalmente tenta gessar o sujeito e deixa-lo ir sendo, *não tendo que*, mas não adquire força reivindicatória, mantendo-se no plano mental, de refletir o próprio destinar do humano – já constituindo ação de refletir o destinar.

“*Foi involuntário, sabe, que eles falam assim ‘internação involuntária’, né*” (Ozório)

O hospital foi conhecido pelo sujeito, a internação psiquiátrica foi vivenciada, experimentada na sua condição de obrigatoriedade, e o duo hospital psiquiátrico/ internação passa a assumir uma função de isolamento, *a priori*, retirada temporária do sujeito do seu habitat durante um período de tempo específico em que se entende intolerável o seu estar-sendo-com.

“*Quando eu tava internada lá, eu era abandonada, porque...minha família não ia... meus filhos foram uma vez só. Minha mãe foi uma vez. E... meus irmãos não ia, minha irmã não ia...*” (Eli)

“*Eu fiz várias coisas que levaram a ser internada [...] diz que eu andava muito, eu saía muito, fazia coisas que não devia, que nem fazer empréstimos, é... fazia um monte de coisas... Diz que eu comia na rua, desses tipos de coisa...*” “[...] aí me levaram pra lá... [para o hospital psiquiátrico]” (Bárbara)

“O primeiro surto, que eu tive, eu tive com vinte anos. Com vinte anos foi o primeiro surto. E... na época... eu fui levado pro hospício” (Pedro)

“E logo em seguida eu precisei ser internado no hospício de novo. Eu precisei ser internado no hospício...” (Pedro)

Fazendo um movimento anterior, foquemos a doença mental: a doença mental é prévia à internação psiquiátrica, mas não se pode marcar o tempo em que ela “se instalou”, como dizemos de uma fratura costal resultante de um acidente automobilístico, por exemplo. Ao contrário, não se conhece o (não podemos dizer que existe um, mas hipoteticamente falando) ponto de início da doença até que *ela* se manifeste enquanto ‘crise’ em um dado momento conjuntural, esta sim pontual; entretanto, a internação psiquiátrica vem permitir ao sujeito uma marcação aceitável do tempo da doença mental.

“A minha primeira... o primeiro surto, que eu tive, eu tive com vinte anos. Com vinte anos foi o primeiro surto. E... na época... eu fui levado pro hospício”. “E aí... quando voltou assim... aquele raciocínio, voltou dois mês depois, como eu expliquei. Aí que eu fui saber que eu fui internado e aconteceu tudo aquilo, né... Eu cheguei num surto tão grande, que eu nem sabia que dia, que ano, que época, que lugar... Então... foi uma coisa muito... eu não pude nem sentir... algum tipo de crítica, em relação ao hospital, o Cantídio”. (Pedro)

É a partir do momento da utilização do hospital psiquiátrico que se sinaliza, dentro do *adoecer*, a ocupação da doença mental, pelo sujeito, ao menos dizendo do momento de concretização deste ocupar-se; a partir deste momento é socialmente rotulado doente mental, passa a circular pelos espaços de tratamento e a significar este universo então conhecido.

É para o hospital que o sujeito será conduzido eventualmente por sua família ou por outras pessoas que com ele se relacionam, ou seja, a quem a doença venha de alguma forma influenciar, e é lá que ele se apropriará a cada dia da condição mesma de doente.

“[...] das 06 vezes que eu fiquei internada minha casa ficou abandonada, meus filhos abandonados, meu marido não cuidava da casa” (Eli)

“O tratamento, a doença é assim” (Eli)

Neste *sentido*, ou seja, nesta direção corrente, que não cessa, do destinar próprio do homem, ele vai corriqueiramente se ocupando da doença mental e se utilizando do espaço do hospital psiquiátrico, se ocupando de ser internado, enquanto os outros seguem se ocupando de decidir por ele, de interná-lo e de mantê-lo internado. Porquanto é doente mental, os outros estão livres de sê-lo, ou melhor, estão sendo *não doentes mentais*.

O modo de ocupar-se da doença mental o faz ser-doente-mental (ocupando-se vai mostrando-se, e vai desvelando-se o sentido de ser-doente-mental no ocupar-se da internação psiquiátrica), assumindo como próprio dele um estar-sendo que é esperado enquanto tal; o ser-doente-mental *se mostra* (neste ocupar/ manejar) não reivindicador,

acomodado, privado, agredido, e, portanto, se ocupa de sê-lo, se faz assim no tempo e na história, e a ele a doença mental permite não reagir ao poder do outro.

*“[...] e elas [se referindo às pacientes] judiava muito de mim.
Eu ajudava os outro e elas tacava pedra em mim, tacava leite
ni mim” (Eli)*

“quando ia ver já estava amarrada de novo” (Eli)

*“[...] começaram a bater daqui e dali e eu sem defender. Isso
que é ruim. Elas quer bater na gente [as enfermeiras, como
designa as funcionárias em geral], nas paciente” (Eli)*

*“Mas meu marido não ta dando essa quantidade certa de
remédio, pra eu tomar a noite... então, não durmo...” (Eli)*

“aí me levaram pra lá...” (Bárbara)

*“eu... mesmo eu sendo diferente da... dos outros, eu era
tratado igual.” (Pedro)*

*“Aí o meu irmão levou eu num psicólogo”. “[...] fiquei
internado mais por não ter... assim... família” (Ozório)*

O *manifestar-se* poderá ser entendido como sintomático e será internado, e antevê esse padrão, à medida que passa pela experiência, se acomodando a uma situação de obediência e retirando-se da *com-vivência* (anterior à primeira internação, a *com-vivência* inicial).

“Por que tudo que eu fazia ele falava, não sei, ele falava que eu tava diferente, ele acha diferente ni mim, é diferente. Até hoje ele fala ‘Ah, você, hein... Você tá calada, tá quieta, tá... tá procurando alguma coisa na mente?’ (Eli)

“Mas eu tomo como experiência, né. Pra ver o que cê fala pras pessoas, né. Pra não sair muito fora do padrão, né.” “Tamém foi parte culpa minha porque eu... vou falar... que eu era um anjo, né... Ele pensou ‘ah, ele vai pular do quarto andar’, né... [...] Hoje eu já penso duas vez no que que eu vou falar, né!” (Ozório)

“[...] quando me levaram lá no psicólogo eu confiei nele, né... eu falei ‘eu vou falar tudo que eu to sentindo’, e falei, né... [...] mas deu no que deu... Se eu ficasse quieto agora eu nem tinha sido internado, né” (Ozório)

Neste sentido, em variáveis circunstâncias o sujeito precisa retirar-se de um ambiente (social), porque o seu modo de ser não o permite ser-com os outros deste mundo, o que nos aponta um questionar: que mundo é esse? O mundo da intolerância, responderemos em uma primeira análise.

“Aí ele falou, né, na frente do médico, né, ‘Ó, eu não tenho onde deixar ele...’, aí o médico falou ‘Ó, tem o Caps, né, mas o Caps fica só de dia, né, à noite... tem que voltar pra casa, né...’ Aí eu falando que era anjo, eles... morando no quarto andar do prédio... a única solução foi internar, né...” (Ozório)

“Assim... porque... eu não tava pondo em risco a minha vida, eu não tava pondo em risco a vida dos outros... certo? Eu não tava... fazendo coisa... assim, tirando a roupa... andando pelado na rua... não tava batendo em ninguém... eu acho que... não seria necessário, né.” (Ozório)

Pincemos agora o relato de Ozório, a fim de palpar esta intolerância que, no desenvolvimento do texto aparece permeando a internação psiquiátrica. Ao mover-se em suas justificativas a respeito da própria internação psiquiátrica, Ozório desliza cautelosamente entre aceitar as razões do irmão que optou por interná-lo e manifestar o seu entendimento sobre a vivência na ocasião dos sintomas produtivos, que excluiria a internação.

A hospitalização ganhou corpo com dois pontos frequentemente abordados pelo usuário: (a) o irmão viajaria para um merecido descanso, sob um contexto que Ozório denomina estresse, e (b) a crença de Ozório, sobre ser um anjo, fora interpretada enquanto sintoma psíquico em termos de risco (complemente que residia sozinho no quarto andar de um edifício).

Em se tratar de um único episódio experienciado, acredita que a intolerância (ponto de sustentação percebida na decisão do irmão) de fato gerou a internação, e que poderia haver sido diferente – poderia *não haver sido internado* em hospital psiquiátrico.

“Eu achava que os médico devia ver bem... que... às vezes quem precisa mais de tratamento é a família e não é o paciente. Sabe? Porque... que às vezes a família se desespera, e acaba internando o coitado lá, né. Sendo que talvez se a família... tivesse uma atitude mais de compreensão, não precisaria

internar. O que aconteceu, o meu irmão, ele foi... não to julgando ele, né, que ele é uma pessoa ótima, mas ele foi intolerante à diferença, né.” (Ozório)

O sintoma é sentido como problema, no sentido entitativo, mas não é ente, nem atributo (de haver sido atribuído por) ou característica, mas manifestação do ser, pelo ser-doente-mental.

Ozório parece vislumbrar um *não haver sido* que é estritamente relacionado, como não poderia deixar de ser, ao manifestar de seu ser, o seu *dar-se*, que ecoou na ocasião como sintoma psiquiátrico e, sendo assim percebido pelo outro, desembocou na experiência da internação psiquiátrica, dando início à sua inserção no mundo da doença mental, mundo no qual ele passou a projetar-se.

“Aquilo foi... tipo uma cianose, né, sei lá... que eu... hoje eu acho que eu sou um ser humano... mas, só por eu ter falado isso, eu acho que não é motivo pra uma internação, sabe? Então... eu acho que foi um preocupação assim... demasiado...” (Ozório)

O sujeito em algum momento conheceu o hospital psiquiátrico e passou a habitá-lo, como parte do seu universo, agora estabelecendo relações mais consistentes nesse habitar; reconhece as pessoas e se relaciona com elas dentro e fora da limitação física do hospital, pacientes com quem divide a experiência e profissionais com quem nutre relações ambivalentes de poder, privação, mas também o que denomina cuidado.

“As enfermeira foi boa dessa vez pra mim. Tudo boazinha, as enfermeira que tá lá né, você, as outras que tão lá de tarde, da noite, da manhã.... elas foram boazinha, não me batiam, elas

não me bateram, sabe...” “[...] começaram a bater daqui e dali e eu sem defender. Isso que é ruim. Elas quer bater na gente [as enfermeiras, como designa as funcionárias em geral], nas paciente” (Eli)

“Aquele rapaz lá o ... o André... ponhava música lá fora, aí todo mundo dança, né...” (Eli)

“Mas o Caps que segura muito a barra da gente aqui. Então pra mim o Caps é bom.” (Bárbara)

Ser-no-mundo implica relação, e indica como se dá esse relacionar entre o ser-aí com o outro e com as coisas, no mundo circundante (INWOOD, 2002). Hospital psiquiátrico e CAPS, como já foi apontado, configuram utensílios manejados pelo ser-doente-mental, mas agora podem ser visualizados na medida fronteira da doença mental, que mostra ao sujeito o seu espaço entendido por ele como possível de circulação.

No construir das relações que vão se alinhavando, tornando-se próprias, o sujeito vai percebendo este alinhavar e admite uma insatisfação que é relacionada à confirmação cotidiana de ser doente mental e, ainda, à tangível separação do mundo fora da doença mental; o hospital e o CAPS, então, não se limitam a territórios de habitação mas são constituintes legitimados do mundo do sujeito, que vai se dando no estreitamento relacional.

“Então as minhas amizades são aqui do CAPS mesmo. Isso é até um transtorno, que a gente fica chateada.” (Bárbara)

“Não tenho mais vida social, assim... considerada... tenho minhas namorada mas... isso é outra história [...] eu arrumei colegas no hospício... sem falar nas namoradas... tudo mais... lá acontece de tudo, né...” (Pedro)

Desenvolver laços de amizade implica o necessário envolvimento com o outro que permite um compartilhar de experiências e não pode ser desvinculada da ocupação de *ser-com*, na pré-ocupação que é esperada no vínculo: o vincular. Ou seja, o sujeito vivencia o mesmo mundo com outras pessoas, compreende esta vinculação, se coloca como partícipe no vivenciar do outro, porquanto *estão sendo* no mesmo terreno, o da doença mental, sentindo como sua a experiência do outro – o que é próprio da compreensão do homem sobre a sua existência.

“E na época eu tinha um colega que também tinha sido internado no Cantídio. Nós tinha a mesma idade... [...] e quando voltou a minha ereção, eu cheguei nele e fiz uma pergunta: ‘viu, Marquinho, ce... como é que é... ce ta conseguindo ter ereção... como é que é?’ ... E ele falou assim pra mim, que não, que ainda não. Tava tomando remédio, tal... e eu falei pra ele: ‘ó, fica tranqüilo... fica tranqüilo que devagarzinho vão diminuindo a sua medicação e que ... ce vai sarar. Ce vai melhorar, ce vai voltar... a ter uma vida normal. Porque eu já voltei, já arrumei outra namorada e tudo mais. Ce vai ter uma vida normal’. Eu falei isso numa sexta feira. Aí quando foi no sábado, ele pulou no rio... ele... se matou.” (Pedro)

“E eu tenho amiga que foi... abusada sexualmente lá dentro. Quando eu estava lá. Isso ninguém soube, ninguém sabe... porque ela veio falar depois pra mim. Por paciente. E lá...”

quando ela fica lá, pra ela é um terror... [...] Eu falo amiga porque a gente tá aqui no Caps agora e a gente continua sendo amiga e... as amizades que a gente tem... são as nossas, são daqui mesmo.” (Bárbara)

Dividir uma experiência vem sinalizar que o sujeito é sentido como importante na esfera existencial do outro, tem a sua vida valorizada perante o olhar alheio, e compreende o existir do outro, sendo por ele compreendido, na vivência do mesmo vivenciar, no mesmo campo vivencial (não da mesma forma porquanto é pessoal o *como* ocupar-se das coisas, mas na proximidade deste *como*).

“Mas aí depois eu que falei “não, eu quero ficar lá com os outros”, porque ce se sente sozinho, né. Falei “não, eu quero ficar lá com todo mundo”, aí eu fiquei junto, lá na enfermaria. E.... sei lá... eu conversava, tudo, né.” (Ozório)

Sendo-doente-mental encontra-se em permanente conflito, devendo agir como socialmente é recomendável, não reagindo ao mundo, mas podendo reagir em algum momento, e para isso pode utilizar-se da internação, no espaço confinado e distante que é o hospital psiquiátrico. Este manifestar exige um distanciamento do seu mundo cotidiano, que parece permitir alguma forma posterior de rearranjo das relações, uma regulação do ambiente.

Entretanto, no ir e vir das internações a trivialidade faz com que não se perceba a singularidade de cada um dos episódios de crise psíquica, diluindo a auto-reflexão sobre os acontecimentos da sua própria vida.

O sujeito passa a visualizar-se como impróprio ao ambiente social e familiar, se desapropriando desse ambiente que já foi inerente a ele, para existir no hospital, mais

precisamente no universo da doença mental (configurando a institucionalização), como se fosse este o único universo possível.

“[...] eu sai de lá [do hospital psiquiátrico] e vim direto pro Caps. Eu não tive mais... assim... uma vida sem o Cantídio ou sem o Caps. Minha vida foi... ou Cantídio... [...] direto pro Caps. E do Caps eu não sei mais.” (Bárbara)

“[...] todo ano no hospício, todo ano no hospício, é complicado, ce num consegue fazer nada da vida...” (Pedro)

“Tanto que pra acertar esse medicamento que eu to tomando, demorou aí esses... quatro anos, que eu to no Caps lá...” (Ozório)

Progredindo nas idéias apresentadas, ao abrir-se, agora, ao CAPS, denota a sua ação mesma de inserir-se em outro espaço, reconfigurado, mas ainda no universo da doença mental; entretanto a ação de passar a ocupar-se deste outro tratamento o faz tentativa de vir-a-ser em outros ambientes, como poderemos perceber mais tarde.

“[...] apesar de mim, de eu ser meio cético, muita gente fala que existe o purgatório, existe o inferno, e o céu... Então eu queria fazer uma comparação entre o hospício, o CAPS e a vida lá fora. Pois é, então eu comparo o hospício como o inferno, o CAPS como o purgatório, e a vida lá fora como o céu...” (Pedro)

O sujeito percebe-se no outro cenário, mas nota a fronteira do seu mundo já delineado, expondo a angústia de não ser aceito em outras comunidades, apesar das investidas neste sentido, do desejo de ampliar o universo relacional, que são estimuladas no próprio CAPS. É convidado a olhar novamente a sua vida e a refazer projetos, assumir novas posições, entretanto permanece sob o molde da doença mental, sendo doente mental.

A doença mental, o hospital psiquiátrico e o CAPS já estavam postos no mundo previamente aos sujeitos, em particular aos sujeitos da pesquisa, e são construção do homem para o próprio uso do homem. Singularmente cada indivíduo sente/ percebe cada um desses entes à medida que os representa, em sua historicidade.

O hospital passa a ser familiar ao sujeito e pertence ao seu mundo existencial, é coerente com ele, conectado ao seu mundo, e o homem e o mundo não são separados. Transitar pelo hospital psiquiátrico e pelo CAPS está na existência humana, no modo de transitar, apesar de ser este transitar anterior, já planejado e utilizado previamente.

Uma indignação para com este modo de ser do homem emerge das entrevistas, no contínuo aparecer do ser-aí; os discursos vêm imbuídos de um permanente questionar a internação psiquiátrica, e portanto a doença mental, e em contrapartida munidos de um *aceitar/ rejeitar* a internação psiquiátrica. Ora é cuidado, ora é castigo, mas a internação psiquiátrica é vivida independentemente da vontade dos sujeitos, no transitar constante.

É importante que entendamos inicialmente que em uma internação o ser humano *está sendo* internado, em uma conjuntura que faz sentido às vivências no seu mundo, e existe na internação psiquiátrica, mas que o ser-aí não *é* o sujeito internado.

Hoje, ao despertar-se na entrevista olhando para o tempo em que esteve internado, consegue dizer de como é ser-doente-mental; a internação psiquiátrica é refletida por ele e constitui ponto de partida para uma investigação mais intensa [por parte dele] sobre a sua vida.

O modo de ser pessoal revela-se nos discursos com um ponto comum (ou seja, no coletivo) que perpassa a doença mental: ser-doente-mental é trazido na ocupação da internação psiquiátrica enquanto privado da autenticidade. Esta maneira de ser inautêntica do homem se consolida não *no* hospital psiquiátrico, mas *a partir da* [do vivenciar a] internação no hospital psiquiátrico.

Aqui cabe empreendermos um esforço de pensar a internação psiquiátrica como além momento mesmo da internação: experienciar a internação diz de um ocupar anterior da doença mental, como vimos, e vem cercar o modo de ser do homem que a ela foi submetido, na tentativa de normatizar, vestir de norma, de padrão.

Ser autêntico se refere a “essencialmente o que pode ser autêntico (*eigentliches*), algo de próprio, de exclusivamente seu”, que não quer dizer genuíno, contrário de falso, e tudo que está junto ao ser-aí no mundo somente é (chamado) (in)autêntico quando relacionado diretamente a *Dasein*, ou seja, “primordialmente só *Dasein* é (in) autêntico (p. 11)” (INWOOD, 2002, p. 11). No mesmo texto encontramos que ser (in) autêntico está no modo de ser de *Dasein*, sendo dele próprio o modo que já foi decidido como tal, e *Dasein* vai se apoderando-se de si na medida mesmo de *Dasein*.

Sob esta lógica, a inautenticidade (*Uneigentlichkeit*) não vem significar não ser *Dasein* ou não ser real, ou ser falso; implica perder a si mesmo, não como se perde uma coisa, mas ao “cair na ocupação (p. 11)”, absorvido pelo mundo que constrói e pelo qual se forma, é que se esquece de si – *cada um é o que faz* diz respeito a um fazer que foi/ é, como ser (verbo) profissional, que entende-se nas suas preocupações cotidianas

como sendo o profissional, como ser-simplesmente-dado – mas ainda assim consegue ocupar-se do si (INWOOD, 2002).

Envolve-se de tal forma com o fazer que deixa de ver-se, aliás de procurar-se, deixando-se ser mostrado no ‘*o que faz*’, que vigora como o seu ser, mas não o é. Exemplificando, ser professor é sentido na existencialidade do ser, como se professor não fosse um fazer; as preocupações e a cotidianidade de ser professor velam o ser do *Dasein*, na inautenticidade, portanto.

Ser-doente-mental é considerado no modo de ocupar-se de ser doente mental, na trivialidade das suas preocupações envolvidas na doença mental, isto é, as preocupações acerca do tratamento ‘da doença’, da internação psiquiátrica, da inserção cotidiana no espaço do CAPS, do manejo da crise psíquica, da exclusão social, etc.

A partir do internamento o sujeito poderá ressaltar o modo de viver na inautenticidade, ocupando-se de ser inautêntico. É um modo de ser construído sob o poder do outro, numa relação de submissão, que figura o modo-de-ser-no-mundo inautêntico do ser-doente-mental, sendo um modo inautêntico genuíno do ser-aí: ele é, existe, na inautenticidade (que não se trata de estagnação nesta ou noutra condição).

Ainda assim, para Heidegger, *Dasein*, ainda que na inautenticidade, continua a falar de si mesmo, mas na impessoalidade, podendo ser olhado em sua autenticidade quando nos atentamos ao ‘*poder-ser-si-mesmo*’ (INWOOD, 2002). Para cada sujeito a internação psiquiátrica constitui viver pessoal, único e que é assim representado nos relatos, sendo o sujeito inautêntico no universo da doença mental, mas jamais deixando de poder ser, na sua autêntica inautenticidade.

É neste sentido que o estudo se dispõe a investigar o ser-no-mundo dos sujeitos da pesquisa, antes mesmo de propor a compreensão do que seja a vivência da internação psiquiátrica, movendo-se pelo mundo vivido do ser-aí, para poder percebê-lo

em sua (in) autenticidade para, através deste percurso, chegar ao *como* vivencia este mundo e, portanto, experimentar o sentido de ser internado em hospital psiquiátrico.

Durante a entrevista, os sujeitos foram convidados a expor as suas representações sobre o objeto de estudo *vivência da internação psiquiátrica*, na condição de doente mental, ou seja, no fazer que é ser doente mental, uma vez que a ele se destina a internação, tecnicamente falando. Se destituído desta condição não seria eleito pela pesquisadora para o estudo, porque é a internação psiquiátrica o recorte investigativo.

Entretanto, ao falar das preocupações corriqueiras do seu dia a dia, que se referem necessariamente a como circula pelas organizações terapêuticas em Saúde Mental, que empreende o exercício de voltar-se para si, buscando o sentido de ser, se olhando para poder munir o olhar do outro sobre ele, á procura da sua significação sobre o fenômeno – é assim que ele decide como contar o que é vivenciar a internação em hospital psiquiátrico.

Ao mergulhar na linguagem dos sujeitos é válido dizer que as relações mundanas foram sendo desenvolvidas e vêm sendo tecidas no hospital psiquiátrico, ou melhor dizendo, no escopo da doença mental, mimetizando relações anteriores, ou seja, o modo mesmo de *com*-viver é o mesmo modo de conviver do sujeito fora do hospital; as relações anteriores à internação psiquiátrica já se mostravam alinhavadas à rede do poder [do outro sobre ele].

Os discursos apontam uma submissão prévia à voz de um familiar (pai/ mãe e depois irmãos e até filhos) que vem se reproduzir nas relações com os profissionais e serviços de psiquiatria, portanto, na vivência hospitalar, e que retrata, mais uma vez, o seu modo único de estar-sendo-no-mundo, *sendo* submisso.

Sob o prisma da Saúde Mental, não são os artefatos inerentes ao hospital, coisas usadas naquele e para aquele espaço, que fazem da internação um advento/ situação traumático/ sofrível, mas o modo de ocupar-se desses instrumentos intramundanos pelos profissionais da Psiquiatria [permeando a violência e a impessoalidade] e pelos doentes que o habitam que fazem da internação a fronteira da inautenticidade do ser-doente-mental.

Receber alta hospitalar e/ ou deixar de ser internado não significa libertar-se do hospital psiquiátrico; *ser internado em hospital psiquiátrico* já aconteceu enquanto experiência, mas permanece como vivência [anterior] no repertório de significações do homem, enquanto este não se separa no seu ser e, portanto, não fragmenta-se em experiências vividas.

A internação psiquiátrica é parte do *haver sido/ foi/ esteve/ sentiu* do sujeito, que o faz ser o sujeito que é no agora; a internação já foi *agora*, e sendo *não-mais-agora*, vem contribuir para o que o homem é agora e para o como virá a ser no *ainda-não-agora*. No agora em que a internação aconteceu o sujeito a sentiu como um *agora*, não podendo ser *des-vivenciada* e não podendo deixar de somar no futuro, por isso é parte da reflexão da vida destas pessoas, formando o seu *know how*, o que é sabido por elas [de si mesmas].

Estar internado é *ser* internado, absorver o que lhe oferece o espaço em termos de possibilidades ou não possibilidades, sob o caráter relacional do homem com as coisas.

Essa indignação para com este modo de ser vem significar um *posicionamento* do ser-aí no seu mundo das amarras, quando utiliza como veículo do manifestar o ente entrevista, da qual se ocupa naquele instante, clareando um desejo de romper com a instituição psiquiátrica e com a privação que advém dela.

Posteriormente o leitor poderá acompanhar o movimento de *tentar desocupar-se* da internação psiquiátrica que é gerado na possibilidade de ocupar-se de ser usuário de um centro de atenção psicossocial – e por que não, como reluz nas entrevistas, tentar *re-ocupar-se* da vida fora da psiquiatria.

5.3. Ser-no-mundo-cuidado na impessoalidade

No mundo vivido (do) pelo sujeito o hospital psiquiátrico é representado como cenário de violência em que a ele não é permitida a voz, impotente a espera do fim da internação, este determinado pelo outro, mas também espaço percebido como cuidado. É necessário que, primeiramente, delineemos uma compreensão sobre o cuidado como foi concebido por Heidegger para, então, aliar o conceito á narrativa dos sujeitos dando seguimento ao entendimento do fenômeno vivência da internação psiquiátrica.

Cuidado vem assumir diferentes sentidos na concepção heideggeriana, mas que se entrelaçam (porquanto o ser-aí não pode ser fragmentado), como segue: (a) *Sorge* (cuidado/ cura): que é inerente ao *Dasein*, e diz da preocupação “que nasce de apreensões que concernem ao futuro e referem-se tanto à causa externa quanto ao estado interno (p. 26)”, o modo fundamental do ser, que é cuidado; (b) [*das*] *Besorgen* (ocupação): relacionado às atividades do homem no mundo, enquanto ocupação das coisas, de provimento para si ou para o outro, supondo o homem junto às coisas, e (c) *Fürsorge* (preocupação): o cuidar ativamente de alguém que necessita de ajuda, o que implica ser-com-outros (humanos e não coisas) (INWOOD, 2002).

Ocupação e preocupação são constitutivas de cura, mas inseparáveis, de forma que cuidado é intrínseco ao ser-aí, e o coloca em questão, ao mesmo tempo.

Desta forma, ainda que o homem negligencie, descuide do outro, está se ocupando de não cuidar, na negativa do cuidar, portanto. O não cuidar é cuidado, para Heidegger, na medida da inegável relação entre os homens, pois este é constitutivamente ser-com (INWOOD, 2002).

O ente ao qual se refere ao vislumbrar o ser-com, *o outro*, portanto, com quem ser-aí se relaciona no mundo circundante, não possui o modo de ser de um instrumento (intramundano), pois é ele mesmo presença; o outro é ser-aí, e por isso não se diz que o ser-aí se ocupa do outro, mas sim *com ele* (o outro ser-aí) *o ser-aí se preocupa* (HEIDEGGER, 2008).

Dasein cuida de si e também do outro, em sua (in) autenticidade, podendo agregar o outro a ele, na dependência. Da existência tem-se como modo próprio do humano o cuidado, tarefa irrefutável e á qual o homem destina-se na trajetória irreparável para a morte.

Para construir a existência plenamente o ser-aí se situa em sua morada, que diz não isoladamente do seu mundo físico, mas do seu habitar um lugar, que seja permeado de condições reais de proteção (abrigo) e de satisfação, e nessa morada é que o humano se veste do amor, da preocupação que vai nutrir e delinear o cuidado (BARRETO et. al., 2000).

Ainda para os autores, cuidado ou cura (em latim) tem uma existência anterior a qualquer conceito ou imagem que se possa formular a respeito, e foi entendido com propriedade por Heidegger, enquanto “primeira manifestação de uma característica fundamental da existência humana (p. 30)”, constituindo o ser-no-mundo, que ontologicamente se preocupa, cuida (BARRETO et.al., 2000).

Pertencendo, pois, ao homem em todo o seu existir, o cuidado é tratado por Heidegger na analítica existencial, como denominou a busca pelo entendimento da

essência do homem na compreensão de ser, como o próprio modo de ser do homem, constitutivo de sua estrutura (KAHLMEYER-MERTENS, 2006), portanto, o *ser-no-mundo-cuidado*.

Na estrutura proposta em *Ser e Tempo* encontramos que o ser-aí *é* ser-no-mundo e, ao mesmo tempo, ser-no-mundo *é* cuidado/ cura (*Sorge*) (HEIDEGGER, 2008; STEIN, 2008).

Para Kahlmeyer-Mertens (2006) o homem “[...] se empenha a cada instante em ocupar-se consigo mesmo, com sua existência própria, em um processo de singularização (s.p.)”, na experiência de auto-apropriação do ser, diferindo do uso habitual biomédico, que tenta uma aproximação do cuidado com a doença.

O autor alude á perspectiva não filosófica, em especial focada pela área da saúde, que se equivoca em significar o cuidado como uma experiência imediata relacionada à convalescença, atribuindo ao cuidado uma característica ôntica, situacional, não existencial, diferente de como fora proposto por Heidegger.

Cuidado é o modo de dar-se do ser, refletindo a mostração do ser que vem sendo posta em foco no decorrer deste estudo; cuidado, no sentido heideggeriano, não implica [necessariamente] cuidar do doente, mas cuidar do outro que poderá não estar enfermo, ou seja, no ser-com [o] doente ou não, o que implica não considerar cuidado - na perspectiva ontológica (*Sorge*) - com tratamento ou tarefas de cuidado especializadas tecnologicamente (este cuidado ôntico).

Assim sendo, cuidar do doente em uma ocasião delimitada constitui um modo de ocupação do homem com o outro que está doente, contemplando a condição imediata da doença. Entretanto, o existencial não está na doença, mas o é o homem, e somente ele pode *ser* cuidado, na continuidade incessante da vida; *estar* cuidado não

alcança a existencialidade, porquanto se refere a um cuidado provisório relacionado ao tempo da doença, enquanto o homem está doente, organizado para tal.

Para Barreto et. al. (2000) cabe ao homem o cuidado com o outro por todo o seu existir e particularmente esta é tarefa dos profissionais da área da saúde, sobretudo no âmbito da enfermagem, o que supõe um afastamento ou desdobramento, aliás, da cura, de Heidegger.

Seria a afirmação dos autores, sob este ângulo, uma tentativa de pensar uma aplicação do cuidado - que não pode deixar de ser compreendida como ôntica. Faz-se necessária a clareza acerca da complexidade existencial do cuidado para que prossigamos no caminho de ocuparmo-nos do *ser* que está sendo buscado no presente estudo. Aplicar o cuidado a uma situação [clínica], então, diz do modo de ocupar-se do homem, que ele próprio é o cuidado.

No entendimento de Kahlmeyer-Mertens (2006), é importante que o desvio da concepção ontológica do cuidado seja reconhecido ao se vincular o cuidado oriundo das práticas biomédicas ao ser-cuidado; este cuidado que é trazido nos discursos em saúde diz do modo de ocupação cotidiano do ser-no-mundo, não do cuidado que *é o ser*, no âmbito filosófico, que se estende a todos os homens - doentes ou não.

É este cuidado o modo de se mostrar, cuidando profissionalmente do outro, na forma mesmo de cuidar, que é o modo de se mostrar do ser-aí, como já vimos. O *como cuida* é pessoal e acontece no processo de vida do sujeito, no acolher o cuidado – ôntico – como fazer diário.

Assim, empreender o cuidar como ofício traduz uma disposição intencional para estar com o outro, doente, em uma situação que é produzida culturalmente como propícia ao cuidar. As questões inerentes ao processo saúde-doença (ora o homem está saudável, ora está doente, no processo plurifacetado e *continuum* do adoecer) são

tomadas como pano de fundo para o desenvolvimento deste *estar-ocupando-se-de-cuidar* que reside no (é constitutivo do) ser-cuidado.

Em outras palavras, ao inserir-se no mundo ‘saúde-doença’ o homem lapida o cuidar intencional que é valorizado enquanto profissão, moeda de troca (serviço prestado) e, mediante a característica continuidade do processo laboral, vai desenhando o seu modo de ocupar-se de cuidar, de cuidar de cuidar, modo que espelha o ser-cuidado que ele é, na existência.

Se apropriar deste modo de cuidar nos traz a possibilidade de perceber como o hospital psiquiátrico é sentido como cuidado, apesar do *modo impessoal de cuidar* irrefletido que ali se desenvolve por parte dos profissionais. Aplicar o conceito de cuidado se nos mostra válido em benefício da compreensão do fenômeno *vivência da internação psiquiátrica*, desde que transitemos cautelosamente pelo terreno da filosofia, não pretendendo encontrar um cuidado que seja externo ao homem, como atribuição, mas também se apoderando dele, porquanto eclode nos discursos.

Temos, então, dois principais focos do cuidado que dizem respeito á mesma temática, a do cuidado, como se desenvolve no estudo a partir dos sujeitos: (a) ser cuidado no mundo com os outros enquanto existência, e (b) ser cuidado pelo outro que disponibiliza o cuidar como ofício e que, no próprio existir, cuida e espelha este modo de cuidar no ofício de cuidar.

Pretende-se compreender como o doente mental passa pelo processo de cuidar no hospital psiquiátrico, melhor dizendo, como ele percebe o cuidar oferecido a ele pelo hospital psiquiátrico e, na fluidez deste entendimento, compreender o ser-no-mundo-cuidado, como é trazido nas entrevistas.

Inicialmente cabe-nos empreender a travessia proposital para a *percepção do sujeito* sobre o cuidado que o envolve, que lhe é garantido naturalmente pelo outro

enquanto ser-cuidado, mas focando no cuidado traduzido pelo *cuidar de* cuidar de alguém, no universo íntimo e coletivo da Saúde Mental, no ensejo do adoecer: o cuidado que é intencionalmente provido, profissionalmente, e que se apresenta como um desdobramento do cuidado existencial, posto que é o cuidado em (não) cuidar (ocupação humana).

Existe uma reflexão pessoal que é a mesma reflexão do homem sobre o *si mesmo*, que perpassa a representação possível, hipotética, do outro sobre este mesmo *si*, e que ao sujeito abre como possibilidade o ser-com, na experiência cotidiana do cuidado: enquanto cuida de cuidar do outro, cuida de ser cuidado, e vai sendo *cuidando* e percebendo o *como pode ser cuidado* e como de fato é (parece ser) cuidado.

Sob este inerente refletir constante, o ser-doente-mental reconhece-se cuidado por pessoas com que desenvolve uma relação no campo territorial da doença mental, considerando aqueles com quem habita cenários de tratamento, profissionais e pacientes, além daqueles que são com ele trazidos a conhecer e vivenciar estes espaços, os familiares.

“Mas... é que meu marido vem no grupo, pra mim melhorou bem. Quando eu tava internada lá, eu era abandonada, porque... minha família não ia... meus filhos foram uma vez só. Minha mãe foi uma vez. E... meus irmãos não ia, minha irmã não ia...” (Eli)

“O tratamento, a doença é assim, quando a pessoa ta cuidando de mim, por exemplo, você, você ta cuidando de mim, eu vou pegar raiva de você, porque você ta tratando... Agora, o porquê disso eu não sei!” [...] “Se a dona Ana não puder me

atender 2ª feira, vou passar com o Dr. Edgard, ai ele pegam o remédio do dia e passam pra noite.”

(Eli)

Desde ser visitado, lembrado como importante, ser sentido necessário, até ser consultado, avaliado, medicado no ambiente extra-hospitalar, o CAPS, o sujeito sente que é considerado pelo outro, que existe uma preocupação coletiva com o seu bem estar, que a ele se mostra legítima.

No tocante ao hospital psiquiátrico, os sujeitos retratam a experiência como sofrida, angustiante, geradora de amarras, mas que ainda assim se nutre de cuidado: o cuidado impessoal.

Ruindo na inautenticidade, os sujeitos podem descrever situações de impessoalidade que permeiam as vivências com os profissionais, bem como conseguem criticar como não passível de terapêuticidade este cuidado desprovido de real atenção. O cuidar é revelado entre vivências de obscuridade, cenas de violência (que nem sempre se explicitam nos discursos, sendo rascunhadas entre as passagens), mas ainda assim é cuidar.

“As enfermeira foi boa dessa vez pra mim. Tudo boazinha, as enfermeira que tá lá, né” (Eli)

“Porque o hospício, por mais ruim que seja, é um lugar... um lugar de tratamento, o Cantidio... principalmente é um hospital de referência, fiquei sabendo que ele é um modelo de hospital...” (Pedro)

“[...] eu... mesmo eu sendo diferente da... dos outros, eu era tratado igual. O tratamento era igual. Então... às sete hora da manhã, poderia ta o maior frio do mundo, que eu era obrigado a levantar e tomar banho. Ou jogado lá, assim, ‘Ah, vamo tomar banho logo...’” (Pedro)

“[...] ninguém é... nós num somos índio, né... tirar a roupa na frente de todo mundo, né... Tinha... tava cheio de homem também, mas... tinha mulher, e a gente ficava assim... frustrado naquela situação. E ce é... ce é tratado igualzinho a todos, igualzinho todo mundo...” [...] “então eu acho que lá é tratado todo mundo assim... maciçamente igual, todo mundo.” (Pedro)

“Se tivesse alguém que ta ali falando: ‘não, eu sou psicólogo, ce... vai ficar aqui por um tempo... só...’ Mas ninguém explica nada, sabe...” [...] “mas eu acho que o serviço, assim, devia dá uma explicação assim, né... Falar assim ó ‘não... ce ta aqui no hospital, cê vai ser cuidado... é porque ce não ta bem, mas... ce vai sair daqui’... Eu achei que eu ia ficar lá pra sempre! (Ozório)

“Não tratava a gente como um ser humano, assim... [...] Eu tava achando que eu tava no inferno! Eu achava, eu pensava: ‘bom, acho que eu morri e to no inferno...’” (Ozório)

“Assim, eu lembro que tinha a TO, né, que era uma vez por semana. Quer dizer, eu fiquei quinze dias lá, fui duas vezes... Que era uma vez por semana... que que... que que vai adiantar uma terapia ocupacional uma vez por semana?...” (Ozório)

“Então... coisas, que você não gostaria nem de ver e nem de saber... mas são coisa que ocorrem lá dentro. Esse tipo de abuso. Você é molestada. Eu não fui, eu tive sorte... eu não fui. Mas essa amiga foi.” [...] “Num... num é o que parece. Se for alguém faz uma visita, parece que é mil maravilhas. Mas não é. E a gente carrega isso dentro da gente...” (Bárbara)

As falas sinalizam um modo de cuidar impessoal em que não se percebe uma preocupação legítima que parta do profissional com relação ao paciente, profissional este identificado frequentemente como ‘enfermeiro’ pelos sujeitos (não há, nas entrevistas, menção a atitudes agressivas por parte especificamente de outros funcionários; entretanto parece-me que *enfermeiro* simboliza todas as classes operárias da categoria enfermagem, o que se mostra tangível quando os procedimentos técnicos de enfermagem relacionados são associados nas falas).

Cabe esclarecer, ainda com relação a este ponto, que, no hospital psiquiátrico, os profissionais de nível médio em enfermagem (auxiliar ou técnico) cumprem determinações provindas de outros profissionais (inclusive originários das ciências humanas) e, por isso mesmo, acabam por constituir o que frequentemente denominam “linha de frente” com relação ao cliente/ paciente, ou seja, são aqueles que se expõem [de fato e mais precisamente] aos encontros com o paciente (em crise psíquica ou não).

Esta explicação se faz fundamental à medida que é este profissional que se incumbe de amarrar e sedar, entre outros procedimentos invasivos e/ou considerados agressivos, mesmo que com suporte de outros.

Quero dizer que o contato físico gerado no ato de cuidar do outro - seja este contato amigável no sentido de alimentar, vestir, posicionar, seja ele hostil quando das contenções de qualquer forma – é eminentemente conduzido por um profissional de

escolaridade mediana, treinado e orientado para tal, por alguém de nível escolar superior, que não é necessariamente um enfermeiro, em virtude do necessário compartilhamento de fazeres em Saúde Mental.

Ao apontar a agressividade dos ‘enfermeiros’, então, tomo o discurso como representativo com relação aos profissionais inseridos no hospital psiquiátrico, de forma geral; aqueles profissionais que agridem, sedam e/ ou amarram e aqueles que determinam as amarras e as tornam triviais, conhecendo a agressividade - e calando.

Não raramente o hospital psiquiátrico é denominado ‘lá’ ou ‘aquele lugar’ (impessoalidade), destacando-se como território de sofrimento e segregação, em que não se deseja regressar (como as falas distribuídas no decorrer do estudo permitem vislumbrar, configurando uma totalidade significativa).

“Agora... aí me levaram pra lá... Lá é eu lembro que é um lugar que eu não quero voltar nunca mais!!” [...] “Então pra mim o Caps é bom. O Cantídio não. O Cantídio eu pretendo nunca mais voltar. Foi uma única experiência... pro resto da minha vida.” (Bárbara)

“[...] eu só sei que quando eu acordei eu tava lá no QR [‘Quarto de Restrição’], né... na salinha... fechada. E só via as pessoas passando, e eu tava sozinho ali... sem ... sem entender nada... Foi sofrido, foi difícil.” (Ozório)

“Que não é fácil, é... é muito difícil” [...] “muitas coisas poderiam ser melhoradas, é... pra ter um tratamento mais digno.” “Mas a experiência que eu tive, foi muito sofrida. Antigamente aqui em Botucatu num existia CAPS” (Pedro)

As narrativas apresentam um cuidado percebido na esfera do tratamento, que se caracteriza na possibilidade de controlar a doença mental, já que esta é entitativamente percebida, como se observou anteriormente.

Ser tratado (por alguém especializado, creditado socialmente para a função de cuidar) implica a possibilidade de controlar os próprios comportamentos mediante uma intervenção ou conjunto de ações destinadas especialmente a este controle, que se dão como cuidado.

Minayo (1998) afirma, em uma análise sociológica do processo saúde-doença, que na dinâmica variável do “ficar doente” o indivíduo busca no profissional médico a legitimidade da sua condição que fora delineada no campo de representações, tornando-se, desta forma, doente para o outro (a sociedade).

Este *ser considerado doente, pelo outro*, significa a concretização do ser-doente-mental: é como o sujeito pode reconhecer-se no seu mostrar, no seu modo de ser, ou seja, sendo doente (socialmente reconhecido como tal). As entrevistas ressaltam que o cuidado expresso no tratamento oferecido pelos profissionais do CAPS e do hospital psiquiátrico traduz o contorno do ser-doente-mental.

Este cuidado a que se referem contempla o psicofármaco, pilar do tratamento psiquiátrico e entendido em muitas circunstâncias como o principal instrumento na abordagem sindrômica da doença mental, na esfera hospitalar.

Cabe esclarecer que não é propósito do estudo discutir o mérito da psicofarmacologia no controle sintomático da doença mental, mas sim permanecer no caminho que vem sendo travado no sentido da compreensão da vivência da internação psiquiátrica, que, aí sim, alude ao modo repetitivo de sedar/medicar.

A ‘contenção medicamentosa’ se mostra tão ou mais cerceadora que os ‘quartos de contenção’ ou as faixas de contenção, propriamente ditas, conformando uma

contenção intangível duradoura que acompanha o sujeito mesmo quando de sua alta hospitalar.

Assim, *ser amarrado* pode ser considerado sob o enfoque ontológico no sentido de permanecer continuamente amarrado, limitado, sob a existência inautêntica. A internação psiquiátrica reitera as amarras, mas não as limita a um espaço fechado ou por um período de tempo previsível.

O psicofármaco está intrínseco ao mundo vivido pelos sujeitos, enquanto instrumento de uso em sua manualidade caracterizado socialmente como um modo de restringir o outro de forma aceitável, e não menos violenta por isso.

“Então, as medicação que eu tomava, em relação ao medicamento, é uma medicação muito forte. E que... me deixou impotente... sexualmente. Agora... você leve em consideração, um jovem que tem uma namorada bonita e que... que não consegue ter ereção mais! Inclusive precisei largar da menina porque... eu me sentia muito mal perto... perto da menina, sabe...” (Pedro)

“E a médica, ela foi... reduzindo a medicação, ela diminuiu à medida que ela foi vendo que teve uma melhora. Ela diminuiu, diminuiu, diminuiu e... e chegou o ponto que ela chegou a tirar a medicação minha, totalmente. Mais mesmo... mesmo sem a medicação demorou mais de um mês pra que eu tivesse... desejo sexual, assim...” (Pedro)

“[...] existe esse detalhe aí do preconceito, da medicação... que é muito forte, inclusive eu parei muitas vezes com a medicação e eu tive recaída... voltava tudo de novo, né...”

“É que quando ce chega lá [referindo-se ao hospital psiquiátrico] eles te dão assim, um copinho, assim, pela metade, sabe, copinho de café? Eles te dão muito remédio, entendeu? E ce fica muito dopado.... então cê... nossa! Eu lembro que eu ficava lá, parecia que o chão fazia assim, ó... (gesticulando, para expressar a sensação de movimento do espaço) Eu... por isso que eu falo que eu não lembro muita coisa, porque eu tava muito dopado... de remédio... E até pra andar tinha dificuldade... me deram esse tal de haldol, né... e eu não conseguia... andava rastejando, assim... sabe?”
(Ozório)

“Então o que que... ce ficar dopado lá... no que que vai ajudar você? Não é?!” (Ozório)

“E aí me deram injeção e... e eu fiquei naquele estado, né... na hora eu cai, assim... eu me senti muito mal assim... O efeito daquela injeção, eu não sei... como que é nos outros, sabe, assim... mas eu fiquei muito mal, achei que ia morrer... sabe, assim... Não sentia o corpo, né...” (Ozório)

“O remédio eu engordei, eu engordei demais, e foi o remédio porque eu quase não como, eu como pouquinho...” (Eli)

Vimos que o ser-com é constitutivo de Dasein, implicando o devido reconhecimento de um *outro*, uma outra pessoa que, ontologicamente, diz respeito a todos os seres humanos com quem o sujeito tem ou não relação direta, uma vez que a relação existe inegavelmente entre os entes mundanos. Este ponto de reflexão merece atenção quando tentamos, agora, empreender a compreensão sobre o cuidado impessoal que emergiu das entrevistas, a fim de que se conceba o cuidado a partir do referencial fenomenológico eleito.

Na concepção de Heidegger (2008) ‘com’ determina a presença e “os outros são aqueles dos quais, na maior parte das vezes, não se consegue propriamente diferenciar, são aqueles entre os quais também se está (p. 174)”, definindo-se pela coletividade em um mundo.

Ao tratar desta dinâmica relacional de Dasein, Heidegger (2008) esclarece que estar sem o outro, ou não sentir-se por ele tocado constituem “modos possíveis de preocupação (p. 178)”, modos estes calcados na indiferença que conforma a cotidianidade e medianidade do ser-aí, cotidianidade esta em que se dissolve a própria presença no modo de ser dos outros; destarte, “nos divertimos e entretemos como *impessoalmente* se faz; [...] achamos ‘revoltante’ o que *impessoalmente* se considera revoltante (p. 184)”.

Da mesma forma que em Saúde Mental (já aí a especificidade recorta o objeto de trabalho/ estudo) remete-se ao ‘o doente mental’, o doente, se refere ao profissional como ‘o enfermeiro’, prescindindo de nomes ou outros códigos de identificação pessoal, uma vez que ao doente mental é imputado um conjunto de características pré-concebidas que dispensam uma personalidade (o mesmo acontece com relação ao ‘enfermeiro do hospital psiquiátrico’).

Tanto *doente mental* como *enfermeiro* são impessoalmente considerados, ignorando-se o ser-aí em sua possibilidade existencial de lançamento que transcende, ontologicamente, ‘os outros’. Sob a mesma perspectiva o hospital psiquiátrico é pensado sob o cuidado impessoal (e a violência que dele advém), que historicamente são reproduzidos pelos *outros* (o coletivo) que habitam aquele cenário, ou seja, os profissionais e doentes mentais de hoje não são os mesmos do início do século XX, mas ainda assim se integram sob a mesma lógica hospitalar em psiquiatria.

Não é a alteração do horário do banho no hospital que é posta em questão, mas a impessoalidade que rege este simples procedimento, como todos os outros; da mesma forma não é questionada a rigidez na repartição de cigarros dos pacientes, que são tomados deles pelos funcionários e distribuídos a partir do que estes julgam apropriado.

A questão a ser posta em discussão é a reprodução irrefletida de uma lógica social e culturalmente edificada que considera o sujeito no conjunto dos seus semelhantes, não em sua dinâmica existencial, ou seja, no modo de ser impessoal. Modo impessoal este que, segundo Heidegger (2008), atém-se ao que é conveniente e renega qualquer força que se tente impor contrariamente, uma vez que “todo mundo é o outro e ninguém é si mesmo (p. 185)”.

Sob o referencial heideggeriano, cabe enfatizar que o impessoal é o próprio ser-aí cotidiano, não sendo o *nada*, apesar de ser *todo mundo* e *ninguém*, ao mesmo tempo, mas simplesmente o é, sem prejuízo da existência; o impessoal é um modo de ser da presença, que se dilui no coletivo [até para conseguir diluir os encargos, assim mencionados por Heidegger].

Posso ser impessoal à medida que me relaciono com o outro, ainda que, sob um olhar imediato, isto não pareça possível, dada a pessoalidade inerente a uma relação humana.

Podemos inferir que o hospital psiquiátrico é negado por *todos*, mas permanece no mundo circundante imediatamente próximo do *o doente mental*; apesar do discurso sugestivo da ‘desconstrução manicomial’ novas pessoas (novos *outros*) são diariamente admitidas como funcionárias nas instituições psiquiátricas, bem como as práticas intra-hospitalares permanecem as *mesmas* restritivas e punitivas, ao passo que *ninguém* admite esta realidade.

E o cuidado se expressa na *forma de acontecer do cuidar*, no cotidiano do CAPS e na situação eventual da internação psiquiátrica, aquela que é experienciada em uma conjuntura, e remete o sujeito a um desejo de ser cuidado (pelo outro), no sentido do acolhimento no mundo que ora o rejeita e mundo mesmo do cuidado.

A conjuntura mundana em que se envolve a internação supõe *deixar de ser cuidado* [pela família, de modo geral], no afastamento do sujeito do seu habitat, sujeito que se angustia no abandono, ainda sem se dar conta de que não pode deixar de ser (*ser*) cuidado - e de cuidar.

“[...] porque das 06 vezes que eu fiquei internada minha casa ficou abandonada, meus filhos abandonados, meu marido não cuidava da casa” (Eli)

“[...] elas [as filhas] dizem que fui eu que coloquei elas pra fora de casa. Eu não lembro. Isso é o pior... depois disso que fui internada. Porque eu tava fazendo... até isso eu fiz. Eu chamei o pai delas e pus elas pra fora de casa” (Bárbara) .

“Com vinte anos foi o primeiro surto. E... na época... eu fui levado pro hospício, e...” [...] “Eu cheguei num surto tão grande, que eu nem sabia que dia, que ano, que época, que lugar... Então... foi uma coisa muito... eu não pude nem sentir... algum tipo de crítica, em relação ao hospital” (Pedro)

“Aí quando foi no sábado, ele [o amigo, também portador de transtorno mental] pulou no rio... ele... se matou. Isso me deixou... profundamente... é.... angustiado com a situação” [...] “daí eu vim num casamento aqui em Botucatu e bebi cerveja, muita cerveja... e fiquei bêbado. E logo em seguida eu precisei

ser internado no hospício de novo. Eu precisei ser internado no hospício... só que daí eu já fui mais consciente. Foi um surto, só que eu considero um surto menor... de menor intensidade.” (Pedro)

“Aí ele falou, né, na frente do médico, né, ‘Ó, eu não tenho onde deixar ele...’, aí o médico falou, ‘Ó, tem o Caps, né, mas o Caps fica só de dia, né, à noite... tem que voltar pra casa, né...’ Aí eu falando que era anjo, eles... morando no quarto andar do prédio... a única solução foi internar, né...” [...]
“Mas aí eles ficaram com medo, de deixar eu sozinho aí, e nesse período que o meu irmão viajou... eu fiquei lá... no Cantídio... uns quinze dia, né... Mas eu não tava entendendo nada, assim...” (Ozório)

Os relatos apontam um valor atribuído ao *cuidado que é buscado pelos sujeitos*, que rumam em direção ao CAPS como possibilidade de não retornar ao hospital psiquiátrico; evitar a internação é tarefa que o ser-doente-mental assume no fazer cotidiano, cuidando de permitir *ser cuidado* na esfera da Saúde Mental, sujeitando-se ao que entende como o cuidado que distancia a experiência da internação psiquiátrica.

Assim, ao dizer da internação psiquiátrica, o CAPS emerge como intrínseco ao fenômeno vivência da internação psiquiátrica, em todos os relatos, de forma que se molda enquanto cuidado a partir da internação psiquiátrica.

“Eu levanto quatro horas da manhã, né, pra vim pra cá [referindo-se ao CAPS]. Pegar ônibus das seis e dez [horas]...

minha casa da Cohab da rodoviária é longe. Eu faço esse sacrifício duas vezes por semana[...]” (Eli)

“Que a gente... tá em busca de tratamento, eu tô em busca de tratamento até hoje... e ... isso [a internação] foi em 2004, tá em 2006 e eu estou em tratamento até agora...”
(Bárbara)

Conformando o cuidado buscado para fugir à internação psiquiátrica, o CAPS desvela-se no desvelar da internação psiquiátrica sob a perspectiva de um serviço mais acolhedor, menos austero, que permite uma passagem para um campo que não é o hospital psiquiátrico, mas ainda não é o que se busca em definitivo, porquanto o homem é sempre *ir/ buscar*.

O hospital psiquiátrico é alicerçado sob a lógica de uma sociedade que segrega o diferente primando por padrões estabelecidos histórico-culturalmente que garantam uma percepção de segurança social; as políticas públicas são fruto de uma moral controladora que suprime o indivíduo em razão da coletividade.

Neste sentido, a instituição psiquiátrica dispõe de um arsenal instrumental paradigmaticamente edificado que foi determinado historicamente a partir da concepção de *o que é ser louco* (e, portanto, *o que é não ser louco*). O mesmo se repetiu quando a concepção se deslocou para o âmbito nosológico e a doença mental passou a ser encarada em sua possibilidade de controle psicofarmacológico.

As formas de reprimir, punir e controlar/ disciplinar foram desenhadas a depender dos constructos éticos e morais de uma sociedade, e para a sua *operacionalização* os instrumentos foram sendo desenvolvidos e tomados como tal, em sua manualidade.

As faixas de contenção e os psicofármacos estão inseridos em um campo mundano que conforma o mundo da doença mental, que pode ser expandido, de acordo com a compreensão do conteúdo emergente das entrevistas, mas que se limita e é corriqueiramente delimitado, inclusive pelos próprios doentes mentais que o constituem, apesar de rejeitá-lo.

Em outras palavras, o hospital psiquiátrico e o CAPS destinam-se ao ser-doente-mental, que é como o sujeito portador do transtorno mental se mostra ao utilizar este mesmo instrumental, e são legitimados em sua terapêuticidade no uso cotidiano que se faz dele.

Como pudemos vislumbrar na introdução deste estudo, desde as primeiras propostas de reformulação da assistência psiquiátrica o manicômio é posto em cartaz como o grande palco de violência e exclusão *a ser desmontado* em virtude de preceitos

humanizadores que atingiram o saber psiquiátrico, que, não se pode ignorar, são permeados pela lógica [capitalista] da reabilitação para o trabalho.

Entretanto, como se dotado de vida própria, o hospital psiquiátrico é mantido entre outros dispositivos anteriormente pensados como substitutivos ao modelo asilar, financiado e utilizado, sobrevivendo aos discursos que parecem sinalizar a sua extinção. Mais curioso é que, enquanto mantido social-governamentalmente, o hospital psiquiátrico ainda é cenário para a violência contra o doente mental, e os ‘enfermeiros’, como mencionados nos depoimentos, como pudemos observar e criticar, continuam a desenvolver as suas funções controladoras/ disciplinadoras de outrora.

Esta constatação se faz relevante no ponto ao qual chegamos neste estudo para que não percamos de vista o fenômeno investigado, a vivência da internação psiquiátrica, que parece não ter atualmente sido alvo de preocupação dos teóricos em Saúde Mental. Portanto, removido do rol de elementos discutíveis na área, por que voltarmos-nos a este fenômeno?

Como foi discorrido anteriormente, a minha experiência prática no campo da psiquiatria revelou a utilização do hospital psiquiátrico pelos doentes mentais apesar da crescente insatisfação por parte deles com a internação, á medida que vêm conhecendo novos serviços comunitários disponíveis, que embutem no tratamento um diferencial: o respeito.

O fenômeno foi se apresentando a mim no decorrer de uma história pessoal que foi entrelaçada ao mundo da psiquiatria, invariavelmente constituindo uma inquietação interior relacionada ao modelo de tratamento que era oferecido, mas, fundamentalmente, com relação ao *meu fazer* em enfermagem psiquiátrica. Foi deste refletir constante que a angústia gerada nutriu a força para a exteriorização do que hoje configura esta pesquisa.

Os depoimentos cedidos vieram corroborar esta idéia anterior que foi tecida a partir da práxis. Conhecendo o CAPS os sujeitos, então pacientes do hospital, vão aderindo a propostas terapêuticas que se mostram, de alguma forma, um caminho contrário ao internamento.

Os sujeitos da pesquisa puderam olhar comparativamente para o hospital psiquiátrico e para o CAPS, a ponto de esboçar um entendimento empírico institucional a respeito – apesar de não haver sido objetivo do estudo captar comparações. Assim, eleger o CAPS como campo de estudo se mostrou a decisão metodológica assertiva, tendo em vista a ampliação do universo vivencial dos sujeitos em psiquiatria.

Esta primeira confirmação de um pré-reflexivo, relativo à insatisfação dos sujeitos com relação à trajetória hospitalar ainda vigente, tomou forma e se expandiu para a construção da identidade do ser-doente-mental que se desvelou tacitamente nas falas, norteando a compreensão da totalidade do *ser* buscado pelo estudo. A partir desta identidade e a reforçando no *continuum* experiencial reflexivo das entrevistas, os sujeitos mesmos construíram o sentido de ser internado em hospital psiquiátrico, procurando por sua verdade pessoal.

O contorno do ser-doente-mental apareceu espontaneamente (desvelou-se) sob a forma das estruturas ontológicas heideggerianas, envolvendo a experiência da internação psiquiátrica como vivência humana, parte do campo vivencial – que, vale ressaltar, não é fragmentado. Este contorno apresentado equivaleu ao próprio encontro do sujeito consigo mesmo, no momento singular da sua busca por sua própria verdade, e não poderá mais ser resgatado, porquanto aconteceu na unidade temporal que *se deu*.

Apropriar-se do hospital psiquiátrico enquanto amarra mesmo que lhe é imposta pelo outro, mas que a ele se mostra como parte do mundo vivido, disse do

modo-de-ser-doente-mental; na mundanidade o sujeito se mostrou em sua identidade, sendo possível no estudo, então, percebê-lo no universo relacional que o faz ser-aí.

O ser-aí que aparece no ser-doente-mental foi surgindo nos discursos em sua pessoalidade, jogando-se no mundo da psiquiatria que é reconhecido por ele, explicitando o seu descontentamento com este mundo, mas não o encarando como passível de ser transformado; ao invés disso, confirma este mundo quando se cala e legitima os desígnios sociais.

Fazendo um movimento de se olhar pelo olhar do outro o ser-doente-mental se acredita (e, portanto, se faz) inferior ao outro, e se sujeita ao poder decisório e, conseqüentemente, às ações do coletivo, que incluem interná-lo em uma instituição sabidamente repressora e inefetiva.

Para Heidegger (2008), o modo fundamental de ser na cotidianidade é a decadência, que implica estar a presença no mundo com os outros, empenhando-se em suas ocupações, perdendo-se “[...] no caráter público do impessoal (p.240)”. No entanto, o filósofo esclarece que não se trata de um atributo ou de se imputar uma avaliação negativa ao modo decadente de ser, mas indica o decair da maneira mais autêntica de quem não pode não haver decaído no mundo. Trata-se de perder-se a si mesmo sempre no mundo, junto aos outros, no modo de ser decadente.

No modo de ser impessoal o ser-doente-mental segue ocupando-se desta impessoalidade, sendo *usuário do CAPS* como tal, ao mesmo tempo em que é *paciente do hospital psiquiátrico*, assim como é, em última análise, *doente mental*; e ao receber as incumbências de ser o que se espera de um doente mental e paciente psiquiátrico, as internaliza e permite que o seu mundo seja limitado por uma linha quase tangível que o separa dos que não são doentes ou pacientes.

Entretanto, sendo-doente-mental o sujeito vai se mostrando no mundo em sua existência inautêntica, ruindo, abdicando do seu projeto original. Ser-doente-mental não é o *ser* do ente, mas o modo pelo qual se posiciona e por meio do qual é assim reconhecido; esta premissa se faz imprescindível para que não se desenvolva de forma equivocada a busca pelo sentido de ser empreendida pelo estudo.

À medida que o ser-aí é jogado no mundo da doença mental o seu projeto inicial vai dele sendo distanciado; ele mergulha no cotidiano em que se perde em função dos ‘outros’ de forma a não ser possível enxergá-lo como o si mesmo que é em seu projeto original - que é o próprio existir, tornando-se si mesmo, buscando transcender para o além de si.

Ao que me pareceu em um primeiro movimento analítico, o ser-doente-mental estaria fechado na própria doença mental, não antevendo perspectivas de lançamento; assim, estaria fadado a manter-se no mundo da doença mental, no *agora* - sem vislumbrar o ainda-não-agora. Entretanto, o equívoco se desfez ao mergulhar mais incisivamente em *Ser e Tempo*, onde encontramos que o ser-aí caminha incessantemente no destinar próprio do homem, não lhe sendo dado permanecer (HEIDEGGER, 2008; CRITELLI, 1996).

Partindo deste destinar humano foi possível apreender o movimento de lançamento do ser-doente-mental (enquanto ser fático) rumo ao CAPS: esta apreensão se desenvolveu em uma primeira compreensão ôntica, mas acima de tudo se expandiu para o seu lançamento na própria vida, apesar da impessoalidade com que trata da própria vida. Voltando-se para as emoções relacionadas à vivência da internação psiquiátrica, os sujeitos se singularizaram colorindo o repertório com significados e símbolos que expressaram Dasein.

Ainda que na inautenticidade, se lançam apesar da inospitalidade do mundo em que vivem na cotidianidade, abarcando incessantemente a existencialidade á medida que se apropriam das coisas, na ação mesma de apropriar-se. Ser-doente-mental vela a essência de Dasein, que se desvelou ao chamarmos pelo seu modo de se ocupar da internação psiquiátrica.

O mesmo se dá para o *ser amarrado*, que aparece nos discursos como uma ação freqüente dos profissionais que se ocupam invariavelmente de amarrar, em uma circunstância de proximidade corporal e na relação constituída de hostilidade, na *co-existência*: ao ser amarrado, na *ação* de ser amarrado, o sujeito se mostra.

No instante da contenção mecânica ambos, profissional e doente encontram-se existindo no mesmo cenário, partilhando paradoxalmente da mesma situação experiencial; um amarrando e outro sendo amarrado. Cabe ao sujeito ser amarrado ou reagir a isso - e ser amarrado ainda assim, uma vez que as faixas de contenção são os entes usados na internação, e a *maneira* (corriqueira, irrefletida) *como são utilizadas* mostra do hospital psiquiátrico.

Quero dizer que ainda que o ser-doente-mental se mostre amarrado, contido, assim ele vai existindo utilizando-se das amarras, sendo absorvido pelo mundo na co-presença dos outros; para Heidegger (2008),

não ser ele mesmo é uma possibilidade *positiva* dos entes que se empenham essencialmente nas ocupações do mundo. Deve-se conceber esse *não-ser* como o modo mais próximo de ser da presença, o modo em que, na maioria das vezes ela se mantém (p.241).

Esta perspectiva ontológica do ser aí mostrado no ser-doente-mental sinaliza a sua existência que foi pelos sujeitos buscada na entrevista, na tentativa de atribuir o sentido do ser. Dasein lançou-se e recuou durante a entrevista em suas lembranças, indo e voltando em suas percepções sobre si, sobre a psiquiatria, sobre a sua família, enfim: lançou-se na compreensão do próprio ser e desvelou o *cuidado*.

Destarte, a experiência concreta da internação constituiu o gancho que trouxe a vivência da doença mental à baila, oferecendo a conjuntura propícia à reflexão dos sujeitos sobre a sua própria existência. Neste sentido, a vivência da internação psiquiátrica assumiu nos relatos a sua condição ontológica.

Caracterizando o hospital psiquiátrico como *um cuidado* os sujeitos forneceram a matéria-prima para que pudéssemos engenhar *o ser-cuidado* (na impessoalidade) que se desdobrou do ser-com-o-outro. Na ocupação de cuidar de ser internado, ser-aí permitiu ao outro cuidar de cuidar dele, na *tarefa* do cuidar; esta percepção dos sujeitos sobre o hospital psiquiátrico enquanto cuidado veio dizer do modo de cuidar impessoal que é assumido historicamente no modelo asilar.

Quando questionei, nas primeiras páginas deste trabalho, se o hospital psiquiátrico dispõe de um cuidado, no sentido de estabelecer, então, que cuidado seria este, procurei partir da interrogação mais legítima sobre a internação psiquiátrica: questionando se haveria um cuidado percebido, pude questionar a minha própria prática assistencial, bem como alimentar o interrogar sobre a vivência da internação.

Em outras palavras, não admitindo o cuidado como pré-suposto, pude *não supor* que houvesse um cuidado (onticamente compreendido), de forma a me libertar do entendimento de que o hospital psiquiátrico constitua recurso terapêutico em saúde. Esta abstenção de pré-concepções apriorísticas permite ao pesquisador em fenomenologia se permitir conduzir pelo fenômeno, suspendendo as hipóteses que venham, porventura, desviá-lo da verdade do ser.

Assim, ao ouvir nos discursos a palavra ‘cuidado’ deparei-me com a possibilidade de haver uma percepção de cuidado relativo ao hospital psiquiátrico – e havendo a percepção dos sujeitos, dada a verdade que deles emergiu, posso afirmar que

o cuidado é um modo ôntico de conduzir o hospital psiquiátrico, como entendido pelos sujeitos.

Tive a preocupação de elaborar, no curso da pesquisa, a compreensão ontológica do cuidado (*cura*) com o objetivo de explicitar o reconhecimento da onticidade do cuidado revelado nos discursos. Tendo que o homem é ele próprio o cuidado (Sorge), esclareço que o *modo de ocupar-se do cuidado* é que foi trabalhado pelos sujeitos da pesquisa, como modo de cuidar impessoal calcado na violência e na privação, mas concebido como necessário em uma conjuntura mundana – da doença mental.

Ainda que se percebendo diluído em sua individualidade quando internado, o sujeito *sente-se alvo* de um *fazer do outro*, fazer que é destinado a ele, colocado á sua disposição e construído na especialidade técnico-científica que ele questiona mas aceita (o saber psiquiátrico).

Ontologicamente, complementando a unidade do cuidado que é o ser, o sujeito percebe uma preocupação do outro para com ele, que se lhe revela a sua própria importância mundana; podemos considerar que esta preocupação legítima do homem que configura Sorge, e não pode ser apreendida de imediato, é que motiva a ação do cuidar; ou seja, ainda que permeado pelo descaso dos profissionais, este modo de cuidar cultural em psiquiatria ainda é guiado pela motivação de cura, representando, sob este prisma, *ser-cuidado cuidando do outro, com o outro* – na impessoalidade.

Expandir os cenários de representação da doença mental (para o CAPS) é criar novas condições para ser doente mental, representado invariavelmente a possibilidade de ganhar novos espaços de atuação e lançamento. O cuidado que foi alinhavado nos discursos no tocante ao CAPS não pode ser deixado de lado em virtude

da temática da internação psiquiátrica – aliás, ambos os recursos, CAPS e hospital, constituem o mundo da doença mental vivenciado no cotidiano.

Do hospital psiquiátrico ao CAPS, e no movimento inverso, o ser-doente-mental se move assumindo para si a fronteira marcação da doença mental; no desenvolver desta trajetória outros elementos não são incorporados, de forma que os mesmos utensílios são manuseados na mesmice do dia a dia, figurando o mundo mesmo que pertence à presença.

Partindo desta afirmação, ser-doente-mental se revela existencialmente ruindo, abdicando de si próprio em favor da coletividade; fica claro nas falas que este mundo (da doença mental) não é o mundo escolhido para se habitar, e que frequentar o CAPS é desejável em relação ao hospital, mas não cabe ao doente a escolha: a escolha não lhe é propriedade, fomentando o poder do outro.

Segundo Heidegger (2008) “a decadência é uma determinação existencial da própria presença [...] (p. 241)”, sendo Dasein o ser-no-mundo fático na decadência, no seu modo existencial de ser-no-mundo. Ao tratar da decadência, Heidegger diz do mergulho de Dasein na cotidianidade.

A partir do movimento analítico existencial, tomado enquanto recurso interpretativo para a apreensão do sentido do ser, a vivência da internação psiquiátrica se revelou em sua dimensão ontológica, construindo o *sentido de ser internado em hospital psiquiátrico*.

Estar internado em hospital psiquiátrico diz de uma conjuntura mundana experienciada, experimentada como experiência que é. Entretanto, o entendimento gerado nesta analítica supõe que a internação perpassa o ser-doente-mental: *ser internado* em hospital psiquiátrico passa pela experiência ôntica da internação, mas está

imbricado no mundo vivencial dos sujeitos, reiterando o ser-doente-mental e limitando as suas relações a um *script*.

Os discursos de todos os sujeitos da pesquisa apontaram para a angústia como o núcleo do ser-doente-mental, que não está direcionada a experiências concretas, mas constitui o próprio ser-internado-em-hospital-psiquiátrico. De acordo com Fernandes (1998) na angústia o homem se lança ao mundo na inospitalidade, refletindo sobre si mesmo em sua existência, tentando continuamente significar o próprio ser, vendo-se solitário, lançado diante de si.

A concepção heideggeriana da angústia vem contribuir para a compreensão ontológica do ser-doente-mental que vivencia ser-internado-em-hospital-psiquiátrico como faceta existencial de Dasein.

Em *Ser e Tempo* Heidegger (2008) toma ser-aí como ser-para-a-morte, como possibilidade de aproximar-se do fenômeno angústia que pode ser precioso na analítica existencial. No movimento ininterrupto de lançar-se para a morte, no dar-se do tempo, o próprio Dasein foge deste entendimento de estar lançado diante de si neste ir finito, e se refugia na impessoalidade.

O desvio do projeto original de ser si mesmo, próprio do ser decadente, conduz o ser-aí para longe da presença, constituindo a fuga de si mesmo – e é esse desvio que se funda na angústia.

O angustiar de Dasein, sob a perspectiva de *Ser e Tempo*, não foca um ente com o qual ele se angustia, tampouco uma situação conjuntural, mas diz respeito ao indeterminado, ao ser-no-mundo mesmo na simples condição de ser-no-mundo, singularizando a presença.

Ser-doente-mental se desvela na angústia, não relacionada ao hospital psiquiátrico ou à faixa de contenção, mas na angústia de ser-no-mundo ser-doente-

mental; esta angústia é palpável nos discursos, enaltecendo a instituição da Psiquiatria como o foco ôntico deste angustiar que vai aparecendo. É neste movimento de angustiar que o ser-doente-mental é impulsionado para o mundo, na ação de lançar-se (inicialmente para o CAPS, que é *ser usuário do CAPS*, e não simplesmente mudar-se de espaço).

Para Heidegger (2008) a angústia constitui abertura para ser-aí, abrindo a presença; “não se sentindo em casa” o homem tenderia a decair, familiarizando-se e habitando se perdendo entre outros, mas é a angústia que permite a ele romper com a cotidianidade.

Portanto, a angústia percebida ao longo de cada discurso revela a possibilidade do ser-doente-mental de romper com este mundo inóspito da psiquiatria buscando ser além. Esta angústia que é expressa nos relatos foi chamada (apelo) pela indagação sobre o fenômeno vivência da internação psiquiátrica – o fenômeno em si foi buscar a angústia, que se deixou vir para o campo da percepção para o qual tentei ativamente me voltar ao longo do estudo.

Por isso, o ser-doente-mental, como se mostrou, é o ser-aí na angústia de viver sendo forçado a olhar para si mesmo, lançando-se sempre para além de si, *o que ainda não é*, sem saber que caminha nesta direção (singular) de si. Em sua interpretação existencial da angústia Heidegger (2008) afirma que nela reside a singularização, que “[...] retira a presença de sua decadência, revelando-lhe a propriedade e impropriedade como possibilidades de seu ser (p. 257)”.

Na busca pelo sentido do ser, *o sentido de ser internado em hospital psiquiátrico* foi sendo desvelado no esculpir desta pesquisa a partir da articulação das existenciárias constitutivas da estrutura ontológica necessária à compreensão existencial de Dasein. Para Critelli (1996), “Ser é o poder de manifestação peculiar ao

homem, em diversos modos (p. 130)”, sendo o sentido de ser não o mesmo que significado, mas:

um rumo que apela, uma solicitação que se faz ouvir, um apelo obstinado que se insinua e persegue [...] que abre a possibilidade da realização do nosso ser”, “uma destinação em que se abre a possibilidade de se cuidar de ser, dando-se conta de ser numa certa direção e não em outra, por exemplo (p. 132).

Sob esta perspectiva fenomenológica *ser internado* revelou uma intenção e uma ação de ser isolado, estruturada no cuidado de cuidar do ser-doente-mental, no impessoal. Ser isolado, para onde aponta o sentido de ser do ser-doente-mental que é internado em hospital psiquiátrico, implica ser distanciado do outro que é não-doente-mental, mas nunca no sentido do isolamento propriamente dito, porquanto é aproximado do outro ser-doente-mental.

O sentido que se desvelou incide no habitar do ser-aí, que é retirado do seu habitat e fechado em um espaço que não buscou, na inospitalidade retratada por ele. Como é ser-em (um mundo com) o sentido de ser internado reside na privação da escolha do ser-doente-mental sobre *onde* deseja permanecer, ou seja, na privação da escolha do seu mundo relacional.

Ser-internado-em-hospital-psiquiátrico é o elemento de estudo finalmente gerado pela pesquisa, e é o sentido de ser internado em hospital psiquiátrico que fala *pelo* ser-doente-mental (identidade).

Ser internado é a direção do sujeito, não limitada ao arcabouço manicomial, mas na direção institucional em sua compreensão ampliada – a direção da exclusão. Eis o sentido de ser internado em hospital psiquiátrico que foi buscado na interrogação pelo fenômeno vivência da internação psiquiátrica, que se manifestou por intermédio da linguagem.

A leitura que faço sobre a temática considera a realização e desrealização que, para Critelli (1996) vai fundando a história humana - que vai agregando os sentidos, que vão eles mesmos sendo agregados ainda que como referências de sentidos um dia lançados – história esta que a autora afirma conservar o sentido de ser, que parte dos homens plurais e singulares em sua amarração relacional.

Sob esta perspectiva os sentidos emanados das entrevistas se articularam aos sentidos empiricamente visitados por mim ao longo de anos de experiência laboral em psiquiatria, conformando a possibilidade de apreender o sentido de ser.

Os símbolos e significados sobre a doença mental, loucura, psiquiatria, hospital psiquiátrico e disciplinarização já estão incutidos no pano de fundo mundano que é o ‘social’, de forma a construir representações mentais geradas pelo homem em sua pluralidade; estes elementos representativos estão á mão dos sujeitos que os tomam para si, desde que façam uso deles, colocando neles a singularidade (que já é ela mesma parte da coletividade).

Assim sendo, as significações dos sujeitos da pesquisa somaram-se às minhas idéias, que foram todas elas imbuídas das significações dos outros (sociedade), dotando o trabalho de representações humanas que se imbricaram gradualmente.

Para Critelli (1996) a analítica do sentido “permite a busca e a manifestação do sentido que ser faz/ tem para os homens [...] em seu ôntico, concreto e histórico ser-no-mundo-lidando-com-as-coisas-e-falando-com-os-outros (p. 131)”, e é cuidando de ser que o homem vai objetivando o sentido de ser/ existir. Recolhendo os sentidos que se fizeram ser apreendidos deu-se a tessitura do elemento de estudo e a analítica existencial do ser-internado-em-hospital-psiquiátrico.

Informações pessoais, como foram denominados o gênero, idade e número de internações psiquiátricas prévias, se mostraram irrelevantes para a interpretação dos

resultados da pesquisa, mostrando que os fenômenos buscados em fenomenologia prescindem de elementos da concretude conjuntural, visto que o investigado é o sentido de ser, que é desvelado na analítica da estrutura ontológico-existencial de Dasein.

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A onticidade da internação psiquiátrica, explicitada no modo de ocupar-se dos entes relacionados à internação, traz a tona o modo do ser-doente-mental cuidar de ser, ou seja, é cuidando de ser-doente-mental que o sentido de ser-internado-em-hospital-psiquiátrico se desvelou, ontologicamente. Daí empreende-se que, em se tratando do humano, não se pode pensar o fenômeno, seja qual estiver sob indagação, à parte do *ser* do ser-aí, como posto.

A ontologia heideggeriana constituiu a possibilidade de jogar luz em Dasein e dele próprio captar o sentido de ser internado em hospital psiquiátrico, ainda que não se trate da totalidade de Dasein. A compreensão existencial alicerçada neste referencial teórico trouxe amplitude ao discurso sobre a realidade do tratamento em psiquiatria, de forma a expandir o olhar para o sujeito alvo das propostas, que continua experienciando e, por conseguinte, significando a internação em hospital psiquiátrico.

No tocante à compreensão do ser-cuidado foi possível vislumbrar o trabalho da enfermagem relacionado ao cuidar de cuidar do outro, na multiplicidade de variáveis ontológicas que estão inseridas no *fazer* em enfermagem.

Desta forma, podemos inferir que a reprodução do cuidar disciplinador em Saúde Mental ainda mantém a estrutura assistencial no hospital psiquiátrico, e a ‘equipe de enfermagem’ condiz com a figura representativa desta estrutura, ainda que outros profissionais habitem o mesmo cenário.

A impessoalidade que traduziu o modo de fazer em enfermagem hospitalar em psiquiatria contradiz os esforços contemporâneos da categoria em humanizar a profissão, bem como revoga o desempenho de militantes da Reforma Psiquiátrica. Ainda que outros profissionais estejam imbricados neste modo de fazer, é a enfermagem mesmo que foi destacada nos discursos quando o olhar dos sujeitos da pesquisa se voltou para o cuidado ôntico percebido no hospital.

Ainda a impessoalidade apareceu como ponto nuclear de ser-aí que *é doente mental*, que *é usuário do CAPS* e *é paciente psiquiátrico*, como simbolizações humanas que *a priori* rotulam, marcam, fazem reconhecer o ser-doente-mental. Mediante a aceitação desta marca subjetiva o sujeito vai tomando para si o mundo da doença mental como único possível.

O hospital psiquiátrico foi mostrado como percebido pelos sujeitos na dinâmica existencial de ser-internado-em-hospital-psiquiátrico, transcendendo em muito a entidade representativa do hospital, o que nos permite dar forma ao *como o sujeito sente a internação*, que é apresentado através da rememoração da experiência, que é florida por significações - que expostas à luz da ontologia heideggeriana vão se esculpindo no Sentido do Ser.

Os sujeitos puderam construir a sua própria verdade ao refletir sobre a vivência da internação psiquiátrica, na oportunidade singular de resgatar a si mesmos ao tecer os seus sentidos; sob este ângulo, o estudo trouxe aos sujeitos a possibilidade de saltar para além de si, quando os estimulou a expressar a angústia existencial do ser fático.

Apesar de estarem imersos na cotidianidade como seres decadentes, os sujeitos revelaram o lançamento deles próprios como projetos que são, ao trazer o CAPS aos discursos, enquanto abertura para o mundo além do manicômio.

O estudo alcançou o objetivo proposto que consistiu em apreender o sentido de ser internado em hospital psiquiátrico, a partir da vivência da internação psiquiátrica, utilizando-se, para isso, da Ontologia Fundamental de Martin Heidegger, contribuindo com a compreensão da internação psiquiátrica no âmbito do seu impacto da construção da identidade do ser-doente-mental.

Sob este ponto de vista, ressalto que os pesquisadores e profissionais inseridos na prática em Saúde Mental devam reconsiderar o hospital psiquiátrico como recurso vigente no tratamento psiquiátrico, tanto com relação ao suporte de serviços comunitários de atenção psiquiátrica na estabilização dos quadros psicopatológicos, mas, prioritariamente com relação aos atuais recursos de reversão da crise psíquica, entre os quais figura o hospital psiquiátrico, mantido em sua utilidade mundana.

Reconsiderar implica jogar luz à realidade vivenciada pelo portador de transtorno psíquico em sua complexidade, a ponto de re-visitar o caráter *substitutivo* dos centros comunitários de atenção psicossocial, que é esperado em termos de discurso, mas ainda não condiz com a práxis.

O referencial teórico-filosófico heideggeriano trouxe a possibilidade de ampliar o entendimento a respeito do cuidar como cerne da estrutura psiquiátrica, oferecendo a rica oportunidade de repensar o fazer em enfermagem, profissão do cuidado que vem reproduzir um modelo rígido calcado na impessoalidade, desconsiderando o humano no ser-doente-mental. Para a enfermagem a pesquisa fenomenológica heideggeriana contribui para a sensibilização para o *ser*, foco das intervenções, indicando o sentido ontológico do percurso ôntico do cuidar.

Considerando a minha trajetória que culminou na feitura deste estudo, percebo que os elementos desvelados me permitem unir o conhecimento sobre o ser-internado-em-hospital-psiquiátrico ao ser-doente-mental, enquanto peça nuclear para o ensino da graduação no tocante a psiquiatria. Desta forma, apesar de haver me distanciado da assistência psiquiátrica, o legado do estudo poderá ser voltado para a ampliação do trabalho pedagógico relacionado à desconstrução paradigmática que calça o cenário psiquiátrico, em especial com relação à enfermagem.

Concluindo, o hospital psiquiátrico constitui *um modo de fazer* positivista, concebido na tecnociência, sob uma lógica da exclusão, do afastar o problema, colocá-lo em suspenso. No entanto, buscamos outros *modos de ser* em saúde mental, que tenham como cerne o *sentido de ser, mesmo*, do sujeito, já que a linearidade não alcança o humano, o existencial, navegando em uma superficialidade que não atinge a complexidade do sofrimento psíquico.

AMARANTE, P. (Org). **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995. 143p.

AMARANTE, P. Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. **Saúde em Debate**, n. 45, p. 43-46, jul. 1994.

BARRETO, J.A.E. et al. **A decisão de Saturno (filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano).** Fortaleza: Casa de José de Alencar/ Programa Editorial, 2000. 240p.

BICUDO, M.A.V. Sobre a fenomenologia. In: BICUDO, M.A.V.; ESPÓSITO, V.H.C. **Pesquisa qualitativa em educação:** um enfoque fenomenológico. Piracicaba: Unimep, 1994.

BOSS, M. **Martin Heidegger:** seminários de Zollikon. São Paulo: EDUC; Rio de Janeiro: Vozes, 2001. 311p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96.** Dispõe sobre normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. 24p.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p.2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias e voluntárias de acordo com a Lei 10.216, de 06 de Abril de 2001, e os procedimentos de notificação da comunicação das internações psiquiátricas involuntárias e voluntárias ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Portaria n. 2.391, 26 de Dezembro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de dez. 2002. Seção 1, p. 349-50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p.

CAPALBO, C. Método fenomenológico. In: HEGENBERG, L.; SILVA, M. **Métodos.** São Paulo: EPU, 2005. p.101-108.

CRITELLI, D.M. **Analítica do sentido:** uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: EDUC: Brasiliense, 1996. 140p.

DELGADO, P.G.G. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. **Saúde em Debate**, n. 35, p. 80-84, jul. 1992.

FERNANDES, M.F. **Conflitos éticos da enfermeira:** uma abordagem heideggeriana. 1998. 173f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

FOUCAULT, M. **História da loucura.** Tradução José Teixeira Coelho Netto. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004. 551p.

GAWENDO, A.F. **Era uma vez...** A existência à luz de histórias. 2001. 166f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

HEIDEGGER, M. **O princípio de identidade**. Tradução Ernildo Stein. Rio de Janeiro: Abril, 1973a. (Coleção Os pensadores).

HEIDEGGER, M. **Tempo e ser**. Tradução Ernildo Stein. Rio de Janeiro: Abril, 1973b. (Coleção Os pensadores).

HEIDEGGER, M. **Conferências e escritos filosóficos/ Martin Heidegger**. Tradução Ernildo Stein. São Paulo: Abril Cultural, 1979. 302p. (Coleção Os pensadores).

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo (1927)**. 3.ed. Tradução Marcia Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2008. 598p.

INWOOD, M. **Dicionário Heidegger**. Tradução Luísa Buarque de Holanda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002. 239p.

KAHLMAYER-MERTENS, R.S. **Sobre identidade e diferença em Heidegger**. 2007. Disponível em: <http://www.consciencia.org/heidegger_identidaderoberto.shtml>. Acesso em: 23 jul. 2007.

KAHLMAYER-MERTENS, R.S. **Como Heidegger interpreta a gênese do conhecimento teórico em Ser e Tempo**. 2008. Disponível em: <<http://www.studium-kahlmeyer.com.br>>. Acesso em: 12 mai 2008.

KAHLMAYER-MERTENS, R.S. **Esclarecimento necessário ao conceito de cuidado em face de suas apropriações não filosóficas**. 2006. Disponível em: <<http://www.studium-kahlmeyer.com.br>>. Acesso em: 12 abr. 2008.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59.

MARTINHO, L.K. **Terapêuticas psiquiátricas tradicionais e enfermagem psiquiátrica: algumas questões de bioética**. 2003. 118f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. 80p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998. 269p.

PROJETO Memória da Psiquiatria Brasileira. Version 2.1. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, s.d. 1CD-ROM.

RIBEIRO, C.R. de O. **O conceito de pessoa na perspectiva da bioética secular**: uma proposta a partir do pensamento de Tristram Engelhardt. 2002. 148 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SEGRE, M. Considerações sobre o princípio da autonomia. **Medicina**, Ribeirão Preto. v.28, p.10-15, jan/mar. 1995.

STEIN, E. **Seis estudos sobre “Ser e Tempo”**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 149p.

TURATO, E.R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003. 685p.

ZAGO, L. et al. Histórico das principais leis brasileiras referentes à internação compulsória e interdição psiquiátrica. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.6, p.135-37, jul/dez. 2001.

* ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação - Referências - Elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 24p.
NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. **List of journals indexed in Index Medicus**. Washington, 1997. 240p.

Anexo 1**Roteiro para entrevista:**

1. Informações pessoais:

Iniciais do nome: _____ Sexo: F () M () Idade: ____ a

Número de internações psiquiátricas prévias: _____

2. Gostaria que você se lembrasse de quando esteve internado no hospital psiquiátrico. Conte-me como foi, para você, passar por essa experiência.

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Marcela, sou enfermeira e vou desenvolver um estudo para o curso de mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Chama-se “O Significado da Vivência da Internação Psiquiátrica à luz da Fenomenologia de Heidegger”, e gostaria de convidá-lo a participar. Nesse estudo, pretendo compreender o que a internação em hospital psiquiátrico significa na vida das pessoas. A sua participação é muito importante, porque suas respostas, juntamente com as respostas de outros usuários do CAPS, vão ajudar a entender melhor o que as pessoas sentem quando são internadas e como é a assistência nos hospitais psiquiátricos.

Para participar você somente precisa se lembrar e me contar sobre o tempo em que estava internado no hospital psiquiátrico e responder a uma entrevista, que será feita por mim, com duas perguntas. Se você concordar, vou usar um gravador, pois cada palavra sua é muito importante e o gravador me ajudará a lembrar exatamente o que você disse. A entrevista poderá acontecer aqui no CAPS em uma sala em que ninguém possa nos interromper ou em outro lugar possível que você deseje, em um único encontro, em dia e horário que sejam possíveis para nós dois. Depois da entrevista, se quiser, você poderá ouvir a fita do gravador para conferir, acrescentar ou retirar informações. Garanto que o que você disser ficará somente entre nós e sua entrevista terá um número ou outro nome, para que ninguém identifique você. Ninguém, no CAPS ou no hospital psiquiátrico saberá que essa entrevista foi respondida por você. Futuramente essa pesquisa poderá ser publicada em revistas de saúde para que outros profissionais saibam dos resultados desse estudo e assim poderão ajudar melhor muitas pessoas que são internadas no hospital psiquiátrico.

Se, por causa das lembranças da internação, você vier a apresentar estresse ou angústia, poderá me procurar para conversar, e, se for necessário, encaminharei você para conversar com o profissional do CAPS de sua referência. Você poderá me telefonar se tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa. Se mesmo depois de participar da pesquisa você resolver desistir, sua decisão será respeitada e não ocorrerá absolutamente nenhum problema ou interrupção no seu tratamento no CAPS ou no hospital.

Não haverá, de sua parte, nenhum gasto ou remuneração com a pesquisa.

Assinando este documento você estará registrando que entendeu e está de acordo com o que lhe foi dito e aceitando participar da pesquisa. Uma cópia deste documento ficará com você. Desde já lhe agradeço.

.....
 Marcela M. Furlan - Pesquisadora
 Endereço: Av do Aeroporto s/n, Jardim Aeroporto
 Fone: (14) 3882 0002 Ramal 162 ou 114

Declaro que fui informado claramente sobre a pesquisa e estou de acordo em participar.

Botucatu, de de 2006.

Nome do Participante:
 Assinatura.....