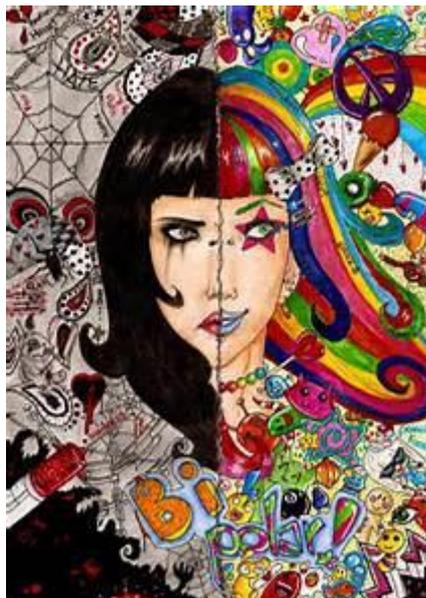




UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MARIA EDILEUZA ALBUQUERQUE PAES

COMO SE DESVELA A RELAÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO BIPOLAR E SEU FAMILIAR CUIDADOR? UM ESTUDO BASEADO NA FENOMENOLOGIA DA VIDA DE MICHEL HENRY.



“Quem não tem alteração de humor que atire a primeira pedra”

Fonte: Google

Belém/Pará
2018



MARIAEDILEUZA ALBUQUERQUE PAES

COMO SE DESVELA A RELAÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO BIPOLAR E SEU FAMILIAR CUIDADOR? UM ESTUDO BASEADO NA FENOMENOLOGIA DA VIDA DE MICHEL HENRY.

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal do Pará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Fenomenologia, Teoria e Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Andrés Eduardo Aguirre Antúnez.

Belém/Pará
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

-
- A345c Paes, Maria Edileuza Albuquerque
Como se desvela a relação da pessoa com Transtorno Bipolar e seu Familiar Cuidador? : Um estudo baseado na Fenomenologia da Vida de Michel Henry. / Maria Edileuza Albuquerque Paes. — 2018
119f. : il.
- Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.
Orientação: Prof. Dr. Andrés Eduardo Aguirre Antúnez
1. Transtorno Bipolar. 2. Relações. 3. Fenomenologia da Vida. I. Antúnez, Andrés Eduardo Aguirre, *orient.* II. Título
-



MARIA EDILEUZA ALBUQUERQUE PAES

COMO SE DESVELA A RELAÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO BIPOLAR E SEU FAMILIAR CUIDADOR? UM ESTUDO BASEADO NA FENOMENOLOGIA DA VIDA DE MICHEL HENRY.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Andrés Eduardo Aguirre Antúnez-Orientador
Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Adélma do Socorro Gonçalves Pimentel-Examinadora interna
Universidade Federal do Pará

Profa. Dra. Karin Hellen Kepler Wondracek-Examinadora externa
Faculdades EST-São Leopoldo-RS

Profa. Dra. Airle Miranda de Souza-Examinadora suplente
Universidade Federal do Pará

Conceito: _____ Aprovado em: ___ / ___ / 2018

Dedico este trabalho a todas as mães cuidadoras de filhas (os) com transtorno afetivo bipolar, para que sempre tenham perseverança, muita paciência e, acima de tudo, fé em Deus.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me oportunizado mais esse aprendizado, muita gratidão. A ele toda honra e glória.

Ao meu orientador Prof. Dr. Andrés Eduardo Aguirre Antúnez, por ter aceitado trabalhar com o meu tema, pela sua atenção, acolhimento, paciência, respeito, afeto e pelas orientações, pois sem elas, este trabalho não se concretizaria.

Aos professores doutores de todas as disciplinas ministradas no decorrer do percurso acadêmico, especialmente às queridas professoras Dra. Adelma Pimentel e Dra. Airle Miranda que sempre estiveram mais próximas de mim.

Ao meu esposo Edison Santos e as minhas filhas Dayanna Paes e Bárbara Paes que muitas vezes, ficaram sem a minha presença por conta do meu compromisso com este estudo, mas que acreditaram no meu potencial e crescimento pessoal e profissional.

A minha colega de trabalho, Tânia Souto do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH), que sempre me incentivou, desde o início, quando eu era aluna especial em uma disciplina do mestrado em psicologia.

Aos meus colegas Caetano Diniz, Ellen Silva e Eliana Carneiro pela amizade construída através do grupo de estudos do Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas (NUFEN) e, por sempre estarmos nos ajudando e nos apoiando na medida do possível, muita gratidão a vocês.

Aos colegas do IFCH e Gestores, que se preocuparam em me apoiar durante este percurso, especialmente ao Prof. Dr. Nelson Junior.

À Secretária de Estado de Saúde Pública em exercício, Sra. Heloísa Maria Melo e S. Guimarães, que liberou o termo de consentimento para que eu pudesse realizar esta pesquisa.

A Direção Administrativa do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Renascer que me recebeu com profissionalismo e me apresentou aos setores e às técnicas de referência, para que eu pudesse ter os primeiros contatos, com o local da pesquisa.

A Jacitara Teixeira Magalhães, assistente social e técnica de referência do CAPS Renascer, que me acolheu e me acompanhou durante a pesquisa de campo, na qual pude perceber o quanto ela ama o que faz, além de ser uma excelente profissional, e o quanto também ela é querida por todos os usuários que estão sob sua responsabilidade.

Por fim, um agradecimento especial às colaboradoras desta pesquisa, que tiveram boa vontade em ficar algumas horas comigo compartilhando suas experiências, sofrimentos e sabedorias.

A todos (as), meus sinceros agradecimentos e muita gratidão.

Edileuza Paes

Bipolar é mudar em um minuto o discurso da vida.

(Roni Alves)

Não desista que tem solução, pode não ter a cura, mas tem tratamento, não desista que a vida continua.

(Vania-entrevistada)

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo compreender como se revela a fenomenalidade da relação entre a pessoa diagnosticada com transtorno bipolar e seu familiar cuidador. O Transtorno Bipolar (TB) é um transtorno mental crônico, que abrange aspectos neuroquímicos, cognitivos, psicológicos, funcionais e sócios afetivos, que resulta em intenso sofrimento emocional para o doente e seu familiar. Foram entrevistadas duas pessoas adultas com o referido diagnóstico e suas mães, frequentadoras de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Belém-PA. O método utilizado para compreender o objetivo do estudo foi de natureza qualitativa. As entrevistas foram analisadas através da fenomenologia da vida desenvolvida por Michel Henry. Os resultados mostraram que as relações têm um papel primordial na eclosão das crises e que a partir do cuidado dos familiares e dos profissionais do CAPS as pacientes e suas mães tiveram a oportunidade de transformar suas relações através do mútuo envolvimento nos cuidados, na atenção e na compreensão das experiências vividas. Concluimos que se é nas relações que muitas dificuldades da ordem das depressões e comportamentos impulsivos acontecem, é nas relações que encontraremos a recuperação, transformação e possibilidades de equilíbrio diante de fatores inerentes e imprevisíveis da vida. As crises decorrentes do Transtorno Bipolar afetam também o familiar cuidador e sua família. Assim as relações interpessoais entre os envolvidos se desvelam como importantes no início das crises típicas desse transtorno, bem como nas possibilidades de transformações nas relações entre os envolvidos.

Palavras-chave: Transtorno Bipolar. Relações. Fenomenologia da Vida.

ABSTRACT

The objective of the research was to understand how the phenomenology of the relationship between the person diagnosed with Bipolar Disorder and his familiar caregiver is revealed. Bipolar Disorder is a chronic mental suffering that encompasses neurochemical, cognitive, psychological, functional and socio-affective aspects that result in intense emotional distress for the patient and his family. Two adult persons were interviewed with the said diagnosis and their mothers attending a Center of Psychosocial Attention (CAPS) from the city of Belém Pará. The method used to understand the objective of the research was of qualitative nature. The interviews were analyzed through the phenomenology of life developed by Michel Henry. The results showed that relations have a key role in the outbreak of crises and that from the care of the families and professionals of the CAPS the patients and their mothers had the opportunity to transform their relationships through the mutual involvement in care, attention and understanding of shared experiences. We conclude that it is in the relationships that many difficulties of the order of depressions and impulsive behaviors happen, it is in the relationships that we will find the recovery, transformation and possibilities of balance in front of inherent and unpredictable factors of life. Thus the interpersonal relationships between the involved are revealed as important at the beginning of the typical crisis of these disorders as well as the possibilities of transformations in the relations between the involved.

Key Words: Bipolar Disorder. Relations. Phenomenology of Life

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP-Associação Brasileira de Psiquiatria

ABTB-Associação Brasileira de Transtorno Bipolar

CAPS-Centro de Atenção Psicossocial

CEP-Comitê de Ética em Pesquisa

CID-Classificação Internacional de Doenças

CNS-Conselho Nacional de Saúde

CONEP-Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DSM-5-Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 5.^a edição

GRT- Grupo de Referência Técnica

HUJBB-Hospital Universitário João de Barros Barreto

IFCH-Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

NUFEN- Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas

OMS-Organização Mundial de Saúde

ONU-Organizações das Nações Unidas

TAB-Transtorno Afetivo Bipolar

TBH-Transtorno Bipolar do Humor

TECLE-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TR- Técnica de Referência

SESMA- Secretaria Municipal de Saúde

SESPA-Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. REVISÃO DE LITERATURA	16
2. TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR.....	18
2.1 A saúde e o cuidar.....	23
2.2 O papel da família no cuidado do paciente com transtorno bipolar	24
2.3 O sofrimento psíquico	25
3. FENOMENOLOGIA DA RELAÇÃO	27
3.1 O que é a vida para Michel Henry	27
3.2 Fenomenologia da vida.....	28
3.3 Fenomenologia da Comunidade.....	31
4. METODOLOGIA	33
4.1 Métodos da Pesquisa	33
4.2 Procedimentos da Pesquisa.....	37
5. RESULTADOS DAS ENTREVISTAS	45
5.1 Colaboradora nº 01 - Joana- pessoa com transtorno bipolar.....	45
5.1.1 Alguns dados do prontuário	45
5.1.2 Entrevista.....	46
5.2 Colaboradora nº 02 - cuidadora e mãe da Joana.....	54
5.2.1 Entrevista	54
5.3 Colaboradora nº 03 – Vania - pessoa com transtorno bipolar	62
5.3.1 Alguns dados do prontuário	62
5.3.2 Entrevista.....	62
5.4. Colaboradora nº 04 – cuidadora e mãe da Vania	65
5.4.1 Entrevista	65
6. DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS	73
6.1 Entrevista com Joana	73
6.2 Entrevista com a mãe de Joana	81
6.3 Entrevista com Vania	87

6.4 Entrevista com a mãe de Vania	89
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS CITADAS	103
REFERÊNCIAS CONSULTADAS.....	107
APENDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	112
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	114
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO	119

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa, ao lado de outros trabalhos, associados à compreensão do transtorno mental, buscou conhecer o universo da intersubjetividade da pessoa com transtorno bipolar e seu familiar cuidador e investigou esse fenômeno relacional entre esses sujeitos.

A escolha do tema desta pesquisa se deu em função da vivência familiar da pesquisadora, que cuida efetivamente de sua filha que tem transtorno bipolar há alguns anos e por esse motivo, sentiu a necessidade de compreender também como se relacionavam outras famílias que têm familiar diagnosticado com Transtorno Bipolar, diante desse contexto, levantou-se a seguinte problemática: “*como se revela a fenomenalidade da relação entre a pessoa diagnosticada com transtorno bipolar e seu familiar cuidador*”.

Ressaltamos que as vivências da pesquisadora não afetaram os dados da pesquisa, pois analisamos as entrevistas e dados coletados no *Centro de Atenção Psicossocial*, a partir da referência fenomenológica escolhida, a “Fenomenologia da Vida de Michel Henry”.

Justificamos a efetivação desta pesquisa pela experiência vivenciada da pesquisadora, enquanto mãe e cuidadora de uma filha com transtorno bipolar, fato este que causou significativas mudanças na sua família, na sua vida conjugal, na sua vida profissional e na sua vida social, tornando a pesquisa próxima a quem vive as difíceis situações nos cuidados com um doente de transtorno bipolar, o que potencializou o profundo sentido da investigação para aquele que investiga.

E como na atualidade da produção científica, há forte tendência em separar sujeito-objeto, como coisas distintas e separadas entre si, acreditamos que há uma complementaridade entre a experiência subjetiva do sujeito que tem transtorno bipolar e a realidade concreta vivenciada pelo familiar, por isso investigamos a relação sujeito-sujeito.

Esta pesquisa estudou o “fenômeno da relação” entre a pessoa com transtorno bipolar e seu familiar cuidador, a partir da filosofia da fenomenologia da vida, desenvolvida pelo filósofo francês Michel Henry, sendo que produzimos um conhecimento interdisciplinar inédito na área da psicologia, de cunho internacional. Assim, profissionais da saúde poderão observar a complexidade da área da saúde humana e relacional, tendo o *sentimento* como fenômeno originário. Levar em conta os “sentimentos” como a “essência da vida”, pode possibilitar novos aportes, compreensões e reflexões em centros de atenção psicossocial, colocando as relações e a qualidade das mesmas em destaque. O que poderá, eventualmente, contribuir para políticas públicas em saúde mental.

Não se fechando nesse tipo de argumento, é que a presente pesquisa pretende contribuir para essa discussão apontando a importância de compreender elementos sociais, individuais, culturais e estruturais para o tratamento da pessoa com transtorno bipolar e a fundamental participação do “familiar cuidador” com toda sua intersubjetividade adjacente à situação vivenciada.

Como suporte teórico-metodológico desta pesquisa, foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e na Scientific Electronic Library Onlin (SCIELO) utilizando os descritores: transtorno bipolar e fenomenologia, e transtorno bipolar e relacionamento familiar. O material selecionado foi composto de artigos científicos provenientes do período de 2005 a 2015. Foram descartados da seleção artigos que, apesar de constarem no resultado da busca, não apresentaram a fenomenologia como método. Dos centos e um (101) artigos encontrados nessas bases, descartando as repetições, somente cinco (5) desses artigos se aproximaram do objetivo proposto nesta pesquisa. Ressaltamos que não foram encontrados trabalhos que relacionassem os três descritores, o que evidenciou a importância desta pesquisa.

O objetivo do estudo direcionou-se a uma pesquisa de abordagem qualitativa, de modo que compreendemos as entrevistas do ponto de vista das análises que foram realizadas a luz da fenomenologia da vida desenvolvida por Michel Henry, que se refere a uma compreensão peculiar das relações humanas, do sofrimento e da vida, observadas nos dados empíricos coletados.

Esta pesquisa foi submetida junto ao Comitê de Ética do Hospital Universitário João de Barros Barreto, da Universidade Federal do Pará, e aprovada em 29 de junho de 2017, pelo registro nº 2.146.523. A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista semidirigida com perguntas disparadoras, nos meses de agosto e setembro do ano de 2017. O local da coleta de dados foi no CAPS Renascer, que integra uma rede estadual de centros e faz parte da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará.

A entrevista foi realizada com duas pessoas adultas diagnosticadas com transtorno bipolar e suas mães cuidadoras, frequentadoras do Centro de Atenção Psicossocial Renascer na cidade de Belém-Pa, que expressaram de livre e espontânea vontade em participar da pesquisa. Para tanto, foram explicados a essas colaboradoras os objetivos da pesquisa. Em seguida, todas elas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Esta pesquisa alinhou-se com as discussões contemporâneas desenvolvidas pela linha de pesquisa Fenomenologia, Teoria e Clínica, em que a dimensão intersubjetiva dos fenômenos sociais é enfatizada. Essa dimensão se reporta ao conjunto de aspectos psicológicos, que fazem parte da vida do sujeito em sua existência consigo mesmo e com os outros.

A pesquisa teve como **objetivo geral**: *compreender como se revela a fenomenalidade da relação entre a pessoa diagnosticada com transtorno bipolar e seu familiar cuidador*¹, frequentadores de um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) da cidade de Belém-PA. E como **objetivo específico**: *desvelar como a pessoa com transtorno bipolar e seu familiar cuidador sentem e entendem a relação entre eles e a relação com a realidade externa.*

E como **hipótese**, acreditamos que o Transtorno Bipolar não afeta somente a pessoa que o tem, mas também o seu familiar cuidador, assim como toda a família que vive em torno ao problema. Assim, procuramos conhecer se essa hipótese se confirma e como se desvela as relações interpessoais entre os envolvidos.

Detectamos no decorrer desta pesquisa que o ato de cuidar de uma pessoa com transtorno bipolar envolve uma coletividade de fatores subjetivos (psicológicos) que geram sofrimentos para ambos os sujeitos. É notório que o transtorno bipolar no Brasil se tornou um problema coletivo que assola a vida contemporânea, porém sempre existiu, desde a época de S. Freud e L. Binswanger.

Nesse sentido, o desafio em que se depara no dia a dia com seu familiar adoecido, tornou-se um campo de investigação para se pensar conjuntamente em alternativas para melhor lidar com essa situação que muitas famílias convivem atualmente no Brasil.

Esta dissertação, além da **Introdução**, foi estruturada em sete partes a seguir: A primeira descreve a **Revisão da literatura** sobre o tema nas bases de dados Lilacs, Bireme e Scielo. A segunda compreende o **Transtorno Afetivo Bipolar** e sua base conceitual e teórica. A terceira descreve a **Fenomenalidade da Relação**, conforme Michel Henry, e divide-se em três itens: 3.1) O que é a vida para Michel Henry; 3.2) Fenomenologia da Vida e 3.3) Fenomenologia da Comunidade. A quarta descreve a **Metodologia**, onde são expostos todos os passos da pesquisa e está dividida em dois tópicos: 4.1) Métodos da Pesquisa e 4.2) Procedimentos da Pesquisa. A quinta apresenta os **Resultados das Entrevistas**, onde configuram as entrevistas na íntegra. A sexta apresenta a **Discussão**, nesta parte é onde se faz

¹Familiar cuidador aqui entendido não necessariamente parente consanguíneo, e sim, a pessoa que convive familiarmente com a pessoa com transtorno bipolar.

uma análise dos resultados das entrevistas. A sétima e última parte, apresenta as **Considerações Finais** sobre o estudo.

1. REVISÃO DE LITERATURA

Para compor o escopo que deu suporte teórico-metodológico a esta pesquisa, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, nas bases de dados Lilacs, Bireme e Scielo utilizando os descritores: transtorno bipolar e fenomenologia, e transtorno bipolar e relacionamento familiar. O material selecionado foi composto de artigos científicos provenientes do período de 2005 a 2015. Foram descartados da seleção artigos que, apesar de constarem no resultado da busca, não apresentaram a fenomenologia como método.

Na base de dados Lilacs, foram encontrados dez (10) artigos, dos quais dois (2) atendiam aos critérios de inclusão. Na Bireme, localizamos oitenta e oito (88) artigos, porém apenas quatro (4) foram selecionados. Na Scielo, as buscas totalizaram três, (3) estudos, entretanto somente dois (2) se adequavam aos critérios. Contudo, descartando as repetições, somente cinco (5) destes artigos se aproximaram do objetivo proposto nesta pesquisa. Ressaltamos que não foram encontrados trabalhos que relacionassem os três descritores: transtorno bipolar, relacionamento familiar e fenomenologia, o que evidenciou a importância desta pesquisa.

A seguir, apresentamos um resumo da revisão da literatura dos cinco (5) artigos que se aproximaram com o tema desta pesquisa.

Por meio de revisão de literatura Dias, Kerr-Corrêa, Torresane Santos (2006), investigaram possíveis divergências acerca do percurso e fenomenologia do transtorno bipolar entre os gêneros, explorando em especial o início mais tardio nas mulheres, o que atribuem à influência do ciclo reprodutivo (ciclo menstrual, gravidez e menopausa) e em parte a desigualdades psicossociais. Encontraram em seus resultados uma gama variada de hipóteses, desde as que atribuíam tal diferença a aspectos socioculturais até as que destacam fatores hormonais.

Pellegrinelliet al (2010), em carta ao editor intitulada “A relação entre a não adesão ao tratamento e falsas crenças de pacientes bipolares e seus familiares”, discorrem sobre a baixa adesão ao tratamento medicamentoso em sujeitos com transtorno bipolar. Ressaltam a importância da informação como um fator primordial para que o sujeito entenda o tratamento, e afirmam que de um modo geral, nos últimos anos, muitos estudos buscaram entender quais os motivos para a baixa adesão ao tratamento de doenças crônicas como um todo. Concluem que a psicoeducação anexada ao tratamento do transtorno bipolar (TB), deve levar em consideração além das informações sobre o transtorno e o seu tratamento, as possíveis crenças

errôneas que os sujeitos com transtorno bipolar possam ter e que podem de alguma forma dificultar o processo.

Partindo dos pressupostos da psicopatologia fenomenológica Moreira et al (2012), tecem contribuições acerca do mundo vivido da pessoa com transtorno bipolar, onde ambas polaridades (maníaca/depressiva) sofrem modificação na dimensão temporal, entende-se tempo vivido enquanto um tempo subjetivo, no qual a vivência melancólica apresenta concentração total ligada ao passado, enquanto que a experiência maníaca, volta-se totalmente ao instante presente, eufórico. Por fim, concluem que estas duas polaridades de humor funcionam de modo patológico no que tange a questão temporal, causando sofrimento, e compõem mundo vivido singular e único.

Sajatovic, Martha; Chen e Peijun (2012), no artigo “Transtorno bipolar geriátrico”, tendo em vista o aumento da população idosa mundial e a complexidade do transtorno bipolar, investigam os diversos tratamentos disponíveis para o mesmo, tais como farmacoterapia, terapia electroconvulsiva, psicoterapias, e modelos de cuidado integrados. Concluem que para uma melhor compreensão do fenômeno, é necessário que sejam realizadas mais investigações acerca da epistemologia, da fenomenologia e dos tratamentos disponíveis.

No artigo de Besteiro González, J. L; Martínez-Sierra, G; Pérez Álvarez, M; Lemos Giráldez, S (2005), “Rescate de una psicopatología olvidada y marginada: el tempo”, enfatizaram que durante muito tempo, o único aspecto da psicopatologia da temporalidade estudado havia sido a sua dimensão objetiva, a partir de sua concepção como algo alheio ao homem e definido por seu caráter objetivo. Neste sentido, o objetivo desse estudo foi recuperar uma psicopatologia que abordasse fenomenologia, genética e ecologia humana e que o problema da psicopatologia da temporalidade superasse as dificuldades dos modelos de diagnóstico.

Os trabalhos apresentados demonstraram a complexidade do Transtorno Bipolar, e evidenciam a necessidade de mais estudos na área, especialmente no que tange ao papel da família nesse processo, e as possíveis contribuições da fenomenologia nesta área. Conforme dito anteriormente, não foram encontrados estudos que tratassem do transtorno bipolar e relação familiar com base fenomenológica, e foi isso o que diferenciou esta pesquisa das demais.

Dessa forma, pesquisar a fenomenalidade da relação entre a pessoa diagnosticada com transtorno bipolar e seu familiar cuidador a partir de um olhar fenomenológico, foi o nosso objetivo principal. Assim, investigamos como se dá ou como se desvela a fenomenalidade relacional diante do transtorno bipolar em representantes de duas famílias.

2. TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

As definições de Transtorno Afetivo Bipolar sofreram diversas modificações no decorrer da história, partindo dos quadros de melancolia e mania na antiguidade, chegando até ao espectro Bipolar na atualidade (Lopes, 2012), trata-se de um transtorno há muito tempo estudado, a ponto de ter sido descrito por Arateu da Capadócia como dois pólos: um melancólico e outro depressivo. No entanto, ainda que esses quadros descritos possam ser mais abrangentes, seus aspectos centrais remetem ao que hoje conhecemos como Transtorno Bipolar do Humor (TBH).

Arateu da Capadócia foi um importante médico da escola de Alexandria e um dos pioneiros a estudar com profundidade o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), foi também responsável por estabelecer o vínculo entre os estados de mania e melancolia, assumindo-os como componentes de um mesmo transtorno. Em suas observações notava, por exemplo, que a presença da mania era mais frequente em pessoas jovens e que a melancolia em pessoas com mais idade (Lopes, 2012). O Transtorno Bipolar de Humor (TBH) ou Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) afeta cerca de 4% da população e representa uma das principais causas de incapacitação no mundo, sendo que os “critérios diagnósticos mais utilizados são o da Organização Mundial de Saúde e o DSM-IV” (Moreira & Bloc, 2012, p. 444).

No Brasil é usada a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para qualificar o Transtorno Bipolar em nove tipos: transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco; transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos; transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos; transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado; transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos; transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos; transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto; transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão; outros transtornos bipolares e transtorno afetivo bipolar, não especificado (OMS, 1993). Enquanto que nos Estados Unidos da América, o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-IV), o classifica em transtorno bipolar I e transtorno bipolar II, sendo que a presença de uma ou mais ocorrência maníacos ou hipomaníacos é o que sustenta o diagnóstico entre os dois tipos (American Psychiatric Association [APA], 2002).

Em contrapartida, para Minkowski (1933/1995 citado por Moreira & Bloc, 2012), não se pode definir uma psicopatologia apenas pela associação de sintomas, pois ocorre uma modificação intensa e característica da personalidade como um todo. No que concerne ao

Transtorno Bipolar mais especificamente, há modificações das significações ligadas à questão da temporalidade. O autor afirma que, nos campos da psicologia e psicopatologia a questão do tempo é pensada em duas dimensões: “tempo assimilado ao espaço”, que se refere à duração mensurável, presente nos calendários, no relógio, e que segue as “leis naturais de duração, sucessão e continuidade” (Costa, 2009, p. 378), e o “tempo qualidade ou tempo vivido”, que se remete a duração vivenciada, é um tempo dado pela experiência, que não pode ser quantificado, nem separado do campo vivido do indivíduo.

De acordo com Moreira e Bloc (2012), buscando constituir o mundo melancólico e o mundo maníaco, Binswanger parte do referencial filosófico de Husserl, e propõe que o futuro, o presente e o passado tratam-se de momentos estruturantes intencionais construtivos, indissociáveis, que em condições saudáveis, entrelaçam-se entre si. Sendo assim, Binswanger afirma que falar sobre melancolia e mania denota pensar nos modos disfuncionais dessas três dimensões e suas interações.

Trancas e Santos (2012), pontuam que Binswanger em sua obra *Melancholie und Manie* (1960), busca investigar quais desordens ocorrem na temporalidade desses dois modos de existência. No que diz respeito à mania, sugere que ocorre uma modificação na experiência temporal, onde se constata uma preponderância das ‘apresentações momentâneas’ sobre as apresentações bibliográficas, ou seja, vive exorbitantemente no agora, e delimita-se o contato com o campo neste presente imediato, o que configura um contato falho, uma vez que se limita a um presente irreal e impessoal, que se mostra rico, no entanto é de fato empobrecido, onde “ele vive de instante em instante e não vive mais que esse instante em uma espontaneidade excessiva, esquecendo o passado e sem pensar no futuro” (Binswanger, 1960/2005, p. 84 citado por Moreira & Bloc, 2012, p. 448).

Sendo assim, Binswanger fala de uma modificação na estrutura da objetividade temporal, que pode revelar-se de duas formas, que seriam: um defeito na continuidade do sentido e do curso do pensamento, e uma falha na continuidade da apresentação, ou seja, vive apenas no agora, assim nesse modo de existência, o ritmo do vivido é mais rápido, o tempo é encurtado (Trancas & Santos, 2012).

Quanto à melancolia, Tatossian (citado por Aparecido et al, 2010) afirma acontecer uma alteração do contato com a realidade, onde não há um elemento específico que o faça sofrer, trata-se de um sofrimento anormal. Binswanger pontua que a temporalidade é alterada e o sujeito melancólico fixa-se no passado, sendo dominado por eles e não conseguindo desatar-se, buscando mudar um passado que não dispõe de possibilidades, para o autor a despotencialização emocional e intencional do indivíduo são o fundamental da melancolia

(Moreira & Bloc, 2012). Cardinali (citado por Aparecido et al, 2010) pontua que tudo que é sentido pelo sujeito nessa condição está ligado à sua experiência, ou seja, remete-se a temporalidade, sendo a culpa componente presente nesse processo, que é despertada por contravenções feitas no passado, que são irreparáveis para o sujeito.

O Transtorno Bipolar se caracteriza pela oscilação não linear entre essas duas fases clínicas, que constitui polaridades opostas, que, no entanto, compartilham uma forte ligação. Ressaltamos que ambos os modos de ser, melancólico e maníaco, sofrem uma modificação na dimensão temporal, sendo que o tempo vivido por eles não é de mesmo tempo vivenciado pelo ambiente externo, e sim um tempo humano. Nesse contexto, a vivência melancólica apresenta total apatia devido a sua concentração estar ligada a um passado ao qual não se pode mudar. Enquanto que a experiência maníaca volta-se para o instante presente, cercado por grandes projetos que ele julga capaz de iniciar. O indivíduo padece por não conseguir experienciar o tempo de forma saudável, em decorrência de esse aspecto estar comprometido.

De acordo com pesquisa realizada em 2008 pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), cerca de 23 milhões de brasileiros são acometidos com algum tipo de transtorno mental, sendo que cinco milhões possuem transtornos mentais considerados graves e persistentes. Pontua-se que a política de saúde mental dê prioridade aos transtornos tidos como mais graves a esquizofrenia e o transtorno bipolar, porém os mais notificados em atendimentos são a ansiedade, a depressão e o transtorno de ajustamento (ABP, 2016).

Dados como esse, bem como em demais eventos científicos e políticos na área da Psicopatologia e da Saúde Mental vem evidenciando a necessidade de os profissionais clínicos abordarem a temática do diagnóstico das enfermidades mentais de forma crítica.

No que diz respeito a este panorama, observamos a adoção de referencial diagnóstico de base metodológica alicerçada pela análise de estatística, contribuindo para uma crescente e numerosa aglomeração de categorias nosológicas² (o diagnóstico para ser classificado como nosológico, é preciso atender pelo menos DOIS dos seguintes critérios: 1. Agente etiológico reconhecido; 2. Grupo identificável de sinais e sintomas; 3. Alterações anatômicas ou psicopatológicas). Este cenário impõe a primazia do nosográfico³ sobre o nosológico, do fenomênico sobre o fenomenológico (Faizibaioff & Antúnez, 2014).

No que concerne ao Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), Pereira et al (2010) afirmam se tratar de um grave tipo de transtorno mental crônico, que abrange aspectos neuroquímicos,

²A nosologia (do grego 'nósos', "doença" + 'logos', "tratado", "razão explicativa") é a parte da medicina ou o ramo da patologia que trata das enfermidades em geral e as classifica do ponto de vista explicativo (isto é, de sua etiopatogenia).

³Enquanto a nosografia as ordena desde o aspecto meramente descritivo (graphos = descrição).

cognitivos, psicológicos, funcionais e sócio afetivos. Moreira e Bloc (2012) pontuam que o transtorno está associado a elevados índices de mortalidade, bem como a prejuízos socioeconômicos, e caracteriza-se, principalmente, pela presença de oscilações de humor, impulsividade, altas taxas de comorbidade, abuso de substâncias psicoativas, e resistência a aderir ao tratamento.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) trata-se de um Transtorno de humor (afetivo), caracterizado pelo episódio de dois ou mais eventos nos quais o humor e o nível de atividade do indivíduo são profundamente alterados, consistindo ora em uma elevação do humor acompanhada de um aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania), ora em uma queda do humor e redução da energia e da atividade (depressão). A alternância dessas fases de tristeza e alegria, cujos correspondentes patológicos são designados respectivamente como depressão e mania, constitui o que se denomina pólos, abrangendo extremos da condição humana. Tung (2007, citado por Moreira & Bloc, 2012) enfatiza que este fenômeno possui uma grande variedade de modos de manifestação e instabilidade por meio de sintomas flutuantes e por vezes inversos.

O sujeito com transtorno bipolar tem diversas áreas de sua vida afetadas, principalmente as esferas do trabalho e dos relacionamentos interpessoais, sendo que cerca de 1/3 dos pacientes apresentam baixo desempenho tanto no trabalho quanto nos demais campos de sua vida, no que diz respeito ao processo de ajuste aos mesmos (Tsuang, Winokur & Crowe, 1980, citado por Tucci, Kerr-Corrêa, & Dalben, 2001), o que evidencia a necessidade de atenção a estes sujeitos tanto no que concerne a políticas públicas, quanto da família como facilitadora do processo de reabilitação ao convívio social, ou ao tratamento adequado.

Um estudo bastante esclarecedor é o de Sant'Ana, Pereira, Borenstein e Silva (2011) sobre o significado do “ser familiar cuidador” do paciente portador de transtorno mental. As análises dos autores identificaram quatro categorias temáticas relativas ao cuidador: a experiência do transtorno mental em família; o enfrentamento de dificuldades e limitações; a inter-relação em família e com “outros”; e a co-criação das possibilidades de transcendência.

Essas categorias indicam que “cuidar da pessoa portadora de transtorno mental impõe ao familiar, situações associadas aos sintomas da doença, com as quais nem sempre está preparado para lidar”. Inicialmente uma das primeiras reações diante do problema é “não aceitar, ou seja, negar ou esconder a doença perante os outros”, até que se possa compreendê-la melhor (Sant'Ana et al, 2011, p. 52-53).

Sobre a inter-relação em família e com “outros”, entende-se que há uma complexidade na qual se insere o familiar cuidador que passa a “[...] vivenciar situações que, muitas vezes,

se refletem direta e indiretamente em sua subjetividade”, não só determinadas por variantes do membro familiar doente, mas também a partir de situações conflituosas oriundas do próprio contexto familiar (Sant’Ana et al, 2011, p. 55).

A co-criação das possibilidades de transcendência, afirma Sant’Ana et al (2011) implica no seguinte entendimento:

Para compreender o que é ser um cuidador de um portador de transtorno mental, é preciso transportar-se para o seu mundo, imaginar-se no lugar dele, não é suficiente para isso o embasamento teórico. É preciso atentar-se para o caminho da solicitude, num esforço de ser-com-o-outro, com disponibilidade para compreendê-lo em tal momento de sua existência. Para o familiar cuidador, a doença é um obstáculo a ser superado e a esperança de uma melhora está sempre presente, principalmente quando o seu entendimento da doença está firmado. (p. 56)

O “familiar cuidador” enquanto sujeito ativo, localizado no tempo e no espaço distinto e em constante aprendizado com o problema enfrentado, necessita de uma maior compreensão a respeito da doença enquanto psicopatologia de saúde mental.

Quanto as atuais políticas públicas brasileiras de saúde mental, a desospitalização e a desinstitucionalização da assistência, tornaram a família a principal responsável pelo cuidado do sujeito em sofrimento mental. Nestas modalidades de atendimento, os pacientes recebem o acompanhamento médico que necessitam, em regime ambulatorial, e permanecem com suas famílias. Com a permanência dos pacientes em casa, passaram a fazer parte da rotina familiar: garantir as suas necessidades básicas; coordenar suas atividades diárias; administrar sua medicação; acompanhá-los aos serviços de saúde; lidar com seus comportamentos problemáticos e episódios de crise fornecer-lhes suporte social; arcar com seus gastos; e superar as dificuldades destas tarefas e seu impacto na vida social e profissional do familiar (Sant’Ana et al, 2011).

Atualmente existe um grande acúmulo de evidências que demonstram a eficácia das intervenções familiares em promover melhora do quadro clínico, diminuir recaídas e diminuir o número de intervenções psiquiátricas nos pacientes com transtorno mental severo. Algumas pesquisas apontam para a necessidade de desenvolver estratégias de envolvimento da família, especialmente no tratamento de pacientes esquizofrênicos.

Ressaltamos que o Campo da reforma psiquiátrica busca uma intensificação dos esforços no sentido de substituir o tratamento nos hospitais e busca a possibilidade de assistência na comunidade, implicando em um meio que possa identificar a realidade dos familiares e busca maneiras de ajudá-los. Existe hoje uma grande rede de serviços que substituem o modelo psiquiátrico tradicional que de maneira geral, se caracterizam pela

utilização intensiva de um conjunto de tecnologias terapêuticas e práticas psicossociais para manter a pessoa na comunidade.

Portanto com os serviços psicossociais, existe a aproximação das famílias, que exige muita flexibilidade e cuidado, devido à atenção à subjetividade de cada um, o que envolve a estratégia de conhecê-los de uma maneira mais abrangente, tentando assim, criar métodos de cuidado mais apropriados às suas necessidades.

Inicialmente ressaltamos que não há um modelo universal de família, cada pessoa possui sua forma de ser no mundo, logo é importante um olhar atento à subjetividade dos sujeitos, para uma atenção personalizada dirigida à construção de um processo terapêutico que leve em consideração suas particularidades. Situada esta premissa, ponderamos que nossa preocupação é com o sofrimento vivenciado pelo cuidador e pelo receptor dos cuidados em saúde mental, em qualquer que seja a forma de família: nuclear, unifamiliar, homossexuais, etc.

A seguir, comentamos três tópicos pertinentes com o tema da pesquisa:

2.1 A saúde e o cuidar

Em uma perspectiva mais abrangente, coloca-se em questão, a noção de saúde/doença, que segundo Dias (2013) “[...] está essencialmente pautada no modelo biomédico, que traz em seu interior, o entendimento de saúde, como ausência de doença, excluindo a dinâmica social e subjetiva do sujeito, o que culmina em um reducionismo biológico”.

Esse argumento chega a ser quase uma “crença” em que a doença é um fator biológico puro, a ponto de as pessoas acharem que têm que ser atendidas por psicoterapeutas para resolver seus males. Mas, não fazem uma reflexão de que muitos de seus problemas decorrem do tipo de vida em coletividade que levam e da forma como lidam com o meio social circundante.

Em relação a esse modo de ver e de lidar com a saúde ou a doença, Camargo Júnior (2007) argumenta que a doença é tida como uma “coisa”, uma entidade “natural” que “dispensa articulação teórica, restringe ao mesmo tempo, o escopo das concepções sobre o processo de saúde-doença e as possíveis soluções para os problemas decorrentes do mesmo” (p.68). Diz ainda, que nessa abordagem as doenças possuem existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar, de pessoa para pessoa; elas “[...] se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas, por sua vez, no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta” (p. 68).

Santana e Barreto (2013) ao tratarem das possibilidades compreensivas da fenomenologia existencial argumentam que “em saúde, nota-se o realce em práticas que cultivam a arte de curar doenças em detrimento da arte de cuidar. Esta última solicita atenção às dimensões de estar no mundo com outros, exercendo possibilidades”. A saúde para esses autores reflete o “[...] modo pelo qual as pessoas se relacionam em vida, tem caráter singular, histórico e político” (Santana & Barreto, 2013, p. 60).

Outro ponto importante nessa discussão é levantado por Guarido (2007) ao destacar que “a produção do saber sobre sofrimento psíquico encontra-se associada à produção da indústria farmacêutica de remédios que prometem aliviar os sofrimentos existenciais” (Guarido, 2007, p. 159), mas essa postura em relação à saúde humana merece certa crítica e tem que ser observada com restrições.

2.2 O papel da família no cuidado do paciente com transtorno bipolar

Sobre o tratamento institucional, por muito tempo, a família estava relegada a se afastar dos seus membros com problemas mentais. Isso mudou na década de 1980, no Brasil, com o descrédito do argumento das autoridades médicas de que esse contato piorava a “sintomatologia” do paciente (Moreno e Alencastre, 2003). A Declaração da Organização das Nações Unidas (ONU) elaborou certos princípios que versavam sobre “A proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e melhoria da assistência à saúde mental”, a partir de então, refletiu-se sobre as visitas e as correspondências entre pacientes e familiares como benéficas a ambos (Moreno e Alencastre, 2003, p. 44).

Existe hoje uma tendência em que os familiares têm sido chamados quando se trata de se pensar o projeto terapêutico para o “[...] portador de sofrimento psíquico bem como sua família, são atores privilegiados na luta por melhores condições de assistência psiquiátrica” (Moreno e Alencastre, 2003, p. 44). Para o Gentil Filho (2013) o transtorno mental difere do sofrimento humano, o autor afirma que “os homens sofrem por vários motivos, faz parte de a experiência humana sofrer”. O sofrimento não é problema psiquiátrico é problema da humanidade e nem todo o sofrimento tem a ver com questões médicas e, portanto, entende-se que o sofrimento não é só decorrente de doenças mentais.

Neste contexto, reforça Sant’Ana et al (2011):

[...] é indispensável identificar a compreensão que as famílias têm a respeito da doença mental e as possíveis formas de cuidado à saúde, conhecer os significados e experiências destas famílias, e oferecer alternativas de cuidado à saúde e interação para lidar com a doença, com as dificuldades na aceitação e enfrentamento. Oportunizar, também, apoio à adaptação a um novo estilo de vida e à significativa mudança que pode ocorrer em toda a família acometida por algum transtorno mental. (pg. 51)

Essa interação social de troca de experiências, sentimentos e sofrimentos entre a pessoa com transtorno bipolar e seu familiar cuidador, é elemento importante no tratamento e precisa ser levado em consideração. É uma verdadeira dialética esse cuidar. Para Stuart (2001) a “[...] família é, na maioria das vezes, o suporte de acolhimento do doente mental, além dos demais profissionais de saúde que atuam na rede de saúde mental”. Borba et al (2008), pontuam que o convívio entre os usuários de saúde mental e seus familiares nem sempre ocorre de modo harmonioso, sendo por vezes configurada como uma relação perpassada por sentimentos de ansiedade, preocupação, desespero e sofrimento, o que contribui para a presença de conflitos e tensões.

Nessa conjuntura, faz-se necessário que a família seja efetivamente inserida na assistência à saúde mental, bem como lhe sejam feitos esclarecimentos a respeito das mudanças comportamentais, o uso e efeitos colaterais de psicofármacos e a sintomatologia do transtorno em questão, a fim de capacitá-los para lidar de forma adequada ante as situações de crise.

2.3 O sofrimento psíquico

O sofrimento psíquico atualmente faz parte das políticas públicas estatais referentes ao tratamento de pessoas com problemas mentais. A compreensão da relação entre política pública e atendimento ao sujeito de saúde mental vem sendo empreendida por Silveira e Vieira (2005, p. 93) ao afirmarem que existe um desafio ao se “[...] refletir sobre as estratégias de atenção e de cuidado em saúde às pessoas em sofrimento psíquico”. Os autores dão atenção especial em suas análises:

[...] à rede de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, constituídos em decorrência das experiências e dos modelos implementados a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, serviços estes eminentemente de base territorial e extra-hospitalar (como os Núcleos de Atenção Psicossocial, os Centros de Atenção Psicossocial e os Centros de Referência em Saúde Mental). Silveira e Vieira (2005, p. 93)

Em torno do que os referidos autores discutem se tem na cidade de Belém, estado do Pará, o *Centro de Atenção Psicossocial Renascer*, localizado no Bairro do Marco que integra uma rede estadual de Centros dessa natureza e vem trabalhando com a saúde mental local.

Para Silveira e Vieira (2005, p. 96) “as políticas de saúde mental, no Brasil, devem ser orientadas pelo conceito de território, entendido como espaço de construções simbólicas e de pertencimento subjetivo do sujeito, portanto, território existencial”. Essa chamada de atenção justifica-se pelo fato de que:

Uma vez que as estratégias dos dispositivos de atenção psicossocial preconizam o serviço de base territorial, os recursos disponíveis na comunidade devem ser instrumentalizados no intuito de propiciar respostas outras ao sofrimento psíquico dos sujeitos, possibilitando assim a emergência de novos contratos sociais que por si são transformadores de realidades subjetivas. (Silveira e Vieira, 2005, p. 96)

Entende-se que os dispositivos de atenção psicossocial, primam pelo atendimento humanizado de base comunitária, favorecendo a participação ativa da população beneficiada, pela proximidade do serviço com o mecanismo social presente no território.

Esta pesquisa procurou contribuir no sentido que focalizou as origens relacionais dos que sofrem com o transtorno bipolar e seus familiares, pois ambos estão envolvidos nessa situação. Desse modo, cuidando das relações humanas consequentemente cuidaremos das relações sociais, políticas e comunitária.

3. FENOMENOLOGIA DA RELAÇÃO

3.1 O que é a vida para Michel Henry

Com vistas a escapar da irrealidade das produções ideais nos submergimos na vida, “seja esta instintiva ou inconsciente, sobrenatural ou mística” (Henry, 2010, p. 19). O filósofo francês dedicou-se a investigar o que é a vida ou a essência da mesma. Há muitos significados para Vida e em cada um deles uma essência misteriosa, a essência que faz que, nós também, sejamos viventes (Henry, 2010).

Para Michel Henry é a vida que determina a consciência, pois a sentimos originariamente. Viver significa ser. A obra de Michel Henry dialogou de modo próximo com a obra de Edmund Husserl e de Martin Heidegger, e diferenciando-se dessas filosofias criou a própria. Michel Henry percebeu que a filosofia de Heidegger “pressupõe em geral um conceito de ser que, longe de acolher o conceito de vida, contrariamente, o exclui de um modo insuperável. Eis porque o conceito de vida segue sendo suspeito aos olhos da filosofia; de nenhum modo porque a vida fosse algo de duvidoso, ela, a mais certa das coisas, senão porque a filosofia tem sido incapaz de pensá-la” (Henry, 2010, p. 20). Já “Husserl fala da consciência como uma vida; a experiência é aquilo que ela vive, a Erlebnis” (Henry, 2010, p. 23) e busca encontrar os impasses do idealismo e do racionalismo do pensamento clássico (Henry, 2010, p. 24).

Para Henry (2010, p. 26) “ninguém jamais viu a vida e também não a verá jamais. A vida é uma dimensão de imanência radical. (...) A vida é invisível”. A vida para ele não é nem consciente, nem inconsciente, nem subconsciente e também não é suscetível de chegar a sê-lo. “A vida se sente, se experimenta a si mesma. Não é que seja algo que também dispõe da propriedade de sentir-se a si mesma, senão que é esta sua essência: a pura experiência de si, o fato de sentir-se a si mesma. A essência da vida reside na autoafecção. Dado que o conceito de autoafecção é o conceito da vida, requer ser pensado de maneira rigorosa” (Henry, 2010, p. 27).

“A vida, em sua afecção primeira, não é de modo algum afetada por algo diferente dela. Ela mesma constitui o conteúdo que recebe e que a afeta” (Henry, 2010, p. 28). Um ponto muito importante de discriminar é que a vida se sente, sem que isso ocorra por meio de algum sentido, sentido interno ou externo; o sentido é radical em direção a uma imanência absoluta que exclui toda intencionalidade e transcendência, não se trata de um conceito do pensamento nem de uma reflexão. “O que se sente e se experimenta a si mesmo, sem que isto aconteça por intermédio de algum sentido, é, em sua essência, afetividade. A afetividade é a

essência originária da revelação, a autoafecção fenomenológica do ser e seu primeiro surgimento” (Henry, 2010, p. 28).

Importante para esta dissertação que versa sobre a fenomenalidade da relação é o que descreve Henry (2010, p. 29-30) “Um eu se diferencia do outro porque é originariamente ele mesmo e o é em sua autoafecção e por ela. É este ser-si mesmo na afetividade e por ela que coloca cada vida em relação consigo mesma e faz com que ela seja a vida, opondo-se ao mesmo tempo a qualquer outra no sofrimento absoluto de sua individualidade radical”.

3.2 Fenomenologia da vida

A Fenomenologia da Vida foi originada pelo filósofo francês Michel Henry (1922-2002) e a filósofa portuguesa Florinda Martins, a maior e mais fiel tradutora de sua obra na lusofonia, por isso ela será citada tanto quanto Michel Henry. Ela trabalhou com ele por duas décadas, participou de um grupo de estudos que contava com o privilégio de ter a participação de Henry.

No decorrer do tempo, surgiu à necessidade de serem feitos encontros internacionais devido aos grupos estarem distribuídos em diversos países. O primeiro encontro foi realizado em Cerisy-la-Salle no ano de 1996, em seguida diversos Centros de Estudo da Fenomenologia da Vida foram criados (Líbano, Alemanha, Japão, Espanha, Portugal e Brasil). Aqui no Brasil, a obra de Michel Henry apareceu pela primeira vez nos anos 80, por meio da tradução de dois capítulos do livro “Genealogia da psicanálise”, editado pela Zahar Editora. O grupo coordenado por Florinda Martins investiga a Fenomenologia da Vida em parceria com as ciências da saúde (Martins, 2014) e recentemente, foi criado o Círculo fenomenológico da vida e da clínica na Universidade de São Paulo ([verhttp://fenomenologiadavida.ip.usp.br/](http://fenomenologiadavida.ip.usp.br/)).

Florinda Martins apresenta a obra de Michel Henry em São Paulo partindo da questão: o que pode um sentimento? E afirma que para Michel Henry somente uma fenomenologia do sentimento poderia atender tanto as exigências de Edmund Husserl e quanto de Martin Heidegger, e é dessa forma que nasce essa “nova fenomenologia”, que é a *fenomenologia da vida* ou material proposta pelo autor, que é assim chamada com a finalidade de ressaltar a abrangência e os limites da fenomenologia tradicional.

Martins (2014) relata que no decorrer de seu percurso acadêmico, incomodou-se com as inúmeras críticas feitas à fenomenologia de Michel Henry, que enquanto uma fenomenalidade pura do afeto, diziam os críticos, não ter abertura para o outro, no entanto era

exatamente essa abertura para o outro que chamara a atenção da autora, pois ela a via como uma forma de sair da chamada crise do sujeito.

Para Martins (2014), é a fenomenologia tradicional que se fecha para o outro e o faz, através da intencionalidade, que funciona como uma forma de domínio sobre as intenções desse outro, um modo de proteção contra o impacto afetivo. Segundo a autora, este princípio husserliano de intencionalidade doadora de sentidos necessita ser trabalhada, pois ela pressupõe uma relação de poder alicerçada na superioridade do eu ante ao outro, visto que o que ocorre é o encaixe deste outro em categorias pré-estabelecidas pelo eu. E é esta, a principal crítica tecida à fenomenologia de Husserl, visto que a mesma preocupou-se com o aparecer originário, no entanto o fez entendido a partir da intencionalidade, por conta disso, este aparecer surge reduzido a algo já aparecido, morto.

A fenomenologia da vida desenvolvida por Michel Henry busca a fenomenologia originária desse aparecido, visto que “o passado ainda que agora mesmo não deixa de ser passado” (Martins, 2014, p. 20), e afirma que o primeiro encontro de abertura com o outro se realiza baseado numa vulnerabilidade originária, que é constitutiva do ser humano, onde o afeto revela-se em sua fenomenalidade pura, é um aparecer puro. Por conta disso, Henry alega ser necessário o abandono de intencionalidade, num primeiro momento, pois para que um fenômeno seja reconhecido como tal, precisa antes ser capturado pela intencionalidade e ser tocado pelo afeto, ou seja, o afeto é a origem da própria fenomenologia.

Martins (2014) pontua que os diversos grupos sobre a temática desenvolvem trabalhos, uns baseados em uma fenomenologia pura ou radical. A autora faz um panorama da fenomenologia começando por suas raízes em Descartes, na sua obra parte do método da dúvida e põe em xeque todo o conhecimento feito até então, construindo o seu saber no alicerce da certeza do pensar “penso, logo existo”, verdade que não é passível de questionamento.

Na obra “*o fenômeno erótico*”, Jean-Luc Marion frisa uma importante diferença na enumeração das coisas colocadas em dúvida na *Segunda Meditação*. Primeiramente, essas coisas duvidosas seguem a seguinte ordem: o céu, o ar, a terra, as cores, as figuras, os sons, todas as coisas exteriores. Enquanto que num segundo momento, acrescentam-se o espírito e o corpo (Martins, 2008). Fator este que “(...) recupera a racionalidade da dimensão do sensível das nossas vivências, princípio de relação com o outro” (p. 22).

O autor resgata a nota de rodapé do significado do cogito, em que Descartes define-o enquanto “(...) uma coisa que pensa, que quer, que duvida, que sente” (Martins, 2014, p. 22) e acrescenta a Duque de Lynes, “que ama, que odeia”. A partir disso, Jean-Luc Marion analisa

essa fenomenologia da certeza, que diz ser asseguradora da intencionalidade, questionando a que ela serve. Martins se vale de um exemplo de Carlos Hernandez para exemplificar essa conclusão de J-LM, que é o de que “(...) não posso aspirar o amor do outro sem pressentir que já sou amada, que o outro já se deu, já está doado, em mim, de modo absoluto” (Martins, 2014, p. 23).

Na fenomenologia de Michel Henry, a vida se revela no afeto, com o outro, com a vida em si, nessa configuração o inconsciente é na verdade, consciência na figura do medo, do sofrimento, da dor, e o corpo é aqui vivenciado pelo cogito como forma de poder (genealogia do poder). Estes dois aspectos de estudo, tanto o inconsciente permeado pelo medo, sofrimento, quanto o corpo tomado enquanto poder, são compartilhados entre Michel Henry e Sigmund Freud.

A afetividade é assim a essência da Vida e veremos as sensibilidades como modalidades afetivas. A essência da subjetividade é a afetividade. (...) Toda vida é por essência afetiva. A afetividade é a essência da vida. (...). Compreendido assim em sua estrutura interna, quer dizer, em sua emergência, o ser é inseparável de sua afecção e encontra na possibilidade última desta, na afetividade, sua própria possibilidade, radical e última: sua essência. (Henry, 2015, p. 454).

(...) *o ser não é tal, enigmático, invisível*, enquanto que se nos escapa e se retira longe de nós, senão *enquanto que nos afeta*. O invisível é o ser compreendido como a afecção, a afecção original, sua efetividade primeira é a essência de toda efetividade; a fenomenalidade mesma, absoluta, irrecusável, tal como se revela originariamente a ela mesma. É a afetividade. (Henry, 2015, p. 455-456; *grifo nosso*)

A afetividade em Michel Henry toma outro estatuto pouco conhecido e pensado em nossos meios acadêmicos, seja psicológico ou filosófico, ou mesmo na cultura ocidental. No parágrafo 54 da Essência da Manifestação, Michel Henry afirma que “*A afetividade nunca é sensível, a sensibilidade é constantemente afetiva: esta é a lei eidética última que rege o âmbito último do fundamento*” (Henry, 2015, p. 457). Assim, a afetividade é a essência da manifestação da vida, seu elemento mais originário, seu fundamento. A sensibilidade é afetiva, ou seja, a sensibilidade na tristeza, na depressão, na agitação ou na mania são modalidades afetivas, sempre movida no fundo comum da afetividade. De acordo com Henry (2015, p. 459) “A sensibilidade designa a essência da relação com o mundo, por conseguinte, toda relação possível com ele, qualquer que seja o modo em que se realiza, já se trata de uma relação prática ou teórica.” (...) Toda relação é afetiva e só pode produzir-se como tal. (Henry, 2015, p. 459).

São muitas as determinações afetivas da Vida: o compreender é afetivo, “a impassibilidade de um olhar, a frieza do saber especulativo ou a indiferença de uma contemplação constituem, como temos visto, outras tantas determinações afetivas” (Henry, 2015, p. 460). Para Michel Henry “nossos sentimentos não são nem mais nem menos contingentes⁴ que nossos pensamentos” (Henry, 2015, p. 461-462). É uma nova “filosofia da afetividade que, em lugar de explicar causalmente e segundo as leis de um mecanismo fisiológico ou psicológico o jogo de nossas emoções e de nossos diversos pensamentos, buscará pelo contrário seu sentido”. (Henry, 2015, p. 463).

Se para Henry (2015, p. 463) “a afetividade é o fundamento universal de todos os fenômenos e os determina a todos originária e essencialmente como afetivos” e “a afetividade é compreensiva somente porque o compreender é afetivo e na medida em que o é”, procuramos compreender a fenomenalidade da relação entre a pessoa com transtorno bipolar e seu familiar cuidador nesta perspectiva fenomenológica, procurando compreender como se revela essa relação, sua fenomenalidade tal como é manifestada nas entrevistas com um, com outro e na própria relação com a entrevistadora.

3.3 Fenomenologia da Comunidade

No artigo *Afeição e filosofia primeira: relação entre fenomenologia e ciências da vida*, Martins (2015) estuda a teoria proposta pelo filósofo Michel Henry concernente à ideia da fenomenologia da vida, algumas questões foram percebidas no texto e destacadas por acreditar serem relevantes ao estudo de pesquisa: *Como se desvela a relação da pessoa com transtorno bipolar e seu familiar cuidador? Um estudo baseado na fenomenologia da vida de Michel Henry*. Logo a princípio encontramos a pergunta "como pode a pessoa, o sujeito, a razão, o espírito, o cogito requererem o estatuto da filosofia primeira sem atenderem ao advir efeito do seu ser? (Henry, 1963). Por meio a tais questionamentos, o texto pressupõe que a vida só é percebida mediante afeições, ou seja, quando sou afetado através das sensações, como ver e tocar.

Para Michel Henry, essa ideia se constitui pela percepção do *sentir a afeição sentir-se afeto implica sentir-me nele envolvido ou (...) senti-lo corpopropriado* (Henry, 1987). Na afeição do ser humano ele pode ser afetado por diversos sentimentos, sejam positivos ou negativos para a sociedade. Ser afeto na vida sem poder tomar posição em relação a essa afeição que se toma como violenta significa que não temos controle daquilo que sentimos e

⁴Imprevisíveis.

somos afetados. A violência é um sentimento, logo uma afeção, para tanto, se estamos dentro de uma cultura de violência e barbárie, estamos desamparados e submergidos na violência.

Sentir-se afeto implica sentir-me nele envolvido ou, para usar um termo de Henry, senti-lo corporeamente. Aqui, o sentimento de se ser afeto na vida transita da tonalidade afetiva da violência para fenomenalidade de outrem que me afeta, impossibilitando, nesse afeto, o desamparo e desvinculação de outrem. (Martins, 2015, p. 365)

Para Michel Henry "o outro" significa algo diferente do self, ou seja, algo desconhecido do si mesmo. Ao afetar-me aquilo que é estranho, me transcende e desse modo me constitui e se torna algo familiar.

Vinculando-me também ele originariamente a si, como a si me vincula a afeção de temor, de angústia, de ameaça! E se a verdade do sentimento é idêntica ao seu conteúdo. O conteúdo desse sentimento transporta em si, como vindo de algures, o outro como ameaça, angústia, temor, estranheza. Outrem está sempre implicado no sentimento; mesmo no sentimento de estranheza, outrem me é intimamente familiar. (Martins, 2015, p. 365)

Logo, no interior da fenomenalidade da vida, quanto mais o outro implica dotado de estranheza, se atribuído de afeto ou corporificada se torna algo não tão estranho naquilo que se apresenta a si, ou para nós.

Além disso, para Michel Henry, "o eu é relação consigo posta por um outro, este outro, em Henry, tem um nome e uma fenomenalidade própria: seu nome é vida e, sua fenomenalidade, o efetivo advir a si da vida" (Martins, 2015, p. 366).

Para tanto, as afeções da vida são percebidas na pessoa por afeções constatadas no corpo. A relação se estabelece pelo eu e a afeção da vida, efetivadas e constituídas intimamente no corpo. Ainda sobre as afeções, o autor faz referências às doenças do corpo como doenças da alma. *"fenomenologicamente (...) todas as modalidades do sentir são atravessadas pelo sentimento de outrem vindo de algures"* (Henry, 1990).

As afeções são sentimentos, sentimentos que se expressa pelo revelar, onde pela presença de afeto revelasse outrem. Quando o autor demonstra a ideia de sofrimento da pessoa humana, acredita ser necessário que esteja munido de técnica adequada. (São os medicamentos?) aqui a técnica e ética se fundem com o propósito de uma melhora ao ser humano.

Assim, na fenomenologia da vida a relação com o outro passa pelo corpoapropriação das afeções da vida em meu corpo vivo, portanto o outro é vivenciado em mim: "o outro dá-se como afeto" (Martins, 2017, p. 110). Só conhecemos nossas ações ou nosso agir pelo sentir, e é pelo sentir que conhecemos o outro. É esse sentir na relação que foi investigado nas

entrevistas da dissertação para conhecermos “a fenomenalidade de *aquilo* em que vivemos” (Martins, 2017, p. 9), é assim que se desenvolve a fenomenologia da vida de Michel Henry e com ela procuramos conhecer as relações entre a pessoa com transtorno bipolar e seu familiar cuidador, como a dupla convive e vive entre humanos.

4. METODOLOGIA

4.1 Métodos da Pesquisa

O objeto deste trabalho se dirige à investigação de *como* se revela a fenomenalidade da relação entre a pessoa diagnosticada com transtorno bipolar e seu familiar cuidador. Para tanto utilizaremos entrevistas semidirigidas de duas pessoas adultas e seus familiares cuidadores, que fazem tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial de Belém do Pará.

A metodologia empregada foi criar uma série de perguntas disparadoras para colhermos informações que nos informem sobre as relações entre eles. Essas entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e descritas na parte de resultados desta dissertação. Optamos por apresentar as entrevistas na íntegra para que se possa verificar os resultados a partir da relação entre pesquisadora e participante. Em seguida discutimos esses resultados à luz da literatura e especificamente de parte da fenomenologia da vida.

“Michel Henry opera no método fenomenológico, uma *contra-redução*⁵ que faz a *passagem* da doação de um horizonte de uma idealidade vivida, à vivência afectiva, ao transcendental concreto⁶. Assim, a fenomenologia da vida afectiva desvincula-se dos seus tradicionais problemas - redução, intencionalidade, doação em pessoa, eu transcendental, espectador transcendental, constituição do eu, síntese de *passagem*, síntese passiva – para se situar no seio da própria doação, na afecção de si geradora de relação” (Martins, p. 14, 2002).

No prefácio à obra de Martins (2002) Michel Henry mostra a importância da alteridade em sua obra: “a fenomenologia da Vida obriga a repensar toda e qualquer questão essencial, nomeadamente a experiência do outro” (Henry, 2002, p. 8). É no pathos-com ou no ser-com o outro que opera a fenomenologia de Michel Henry, antes do desenvolvimento de nosso ego, do nosso eu, de nosso Si mesmo, dá-se em nós, revela-se em nós, a nossa própria Vida. Nela – na Vida - somos com os outros. Para Henry (2002, p. 9), Florinda Martins

⁵A contra-redução situa-nos no emergir da própria vida em nós, mas mantermo-nos na origem desse devir efectivo da vida, para nela atendermos à sua fenomenalidade, implica fazer coincidir a nossa auto-afecção com a auto-afecção da vida; implica atendermos a essa doação originária em que a Vida arquetípica se modaliza em eu e em que eu modalizo a vida em mim. A Vida singulariza-se em mim e eu comungo na Vida que, deste modo, me permite comungar com todos os viventes. (Martins, 2002, p. 50).

⁶Transcendental concreto em Michel Henry traz consigo a marca do sagrado que é a ipseidade do afecto (Martins, 2002, p. 51)

avança em “uma nova concepção de alteridade” e não simplesmente o desenvolvimento da fenomenologia clássica, mas desenlaça ‘uma outra fenomenologia’.

Esta dissertação situa-se assim em um trabalho inédito, sem precedentes em nossa cultura acadêmica, que busca compreender nessa perspectiva da fenomenologia da vida as relações entre pessoas com transtorno bipolar e seus familiares cuidadores. Descrevemos as relações - entre o outro e o eu, entre dois si (s), que na fenomenologia do afeto se tecem. Martins (2002, p. 15) esclarece: “A relação do eu com o outro não se dá num horizonte teórico de projecções, mas na experiência afectiva, no meu corpo. E este terá sido como intui Paul Ricoeur, o grande mérito da obra de Michel Henry: a relação do eu com o outro não é posta em um discurso teórico, mas parte da experiência em si da passividade, que em Michel Henry é afectividade, corpo afectivo”. As relações eu-tu não se fundam numa passividade anônima, mas na vida que originariamente se afeta como ipseidade⁷, como singularidade (Martins, 2002, p. 15). Assim, dessa obra de Florinda Martins trabalhamos o primeiro capítulo: Método para uma fenomenologia da alteridade (Martins, 2002, pp. 19-59) e toda a compreensão dos resultados obtidos nas entrevistas foram abordados pelo método da fenomenologia da vida em alteridade.

Método para uma fenomenologia da alteridade: O modo como o outro se dá em mim, será observado nos casos com transtorno bipolar e seus cuidadores, em suas vidas. De acordo com Martins (2002, p. 25) “A Vida dá-se, sensibiliza-se, faz-se corpo, entrega-se a si mesma na plenitude do sentir-se”. É a forma concreta “da Vida que a si se dá” (Martins, 2002, p. 15) o tema central da obra de Michel Henry e para conhecê-la usa o método fenomenológico.

Michel Henry se dirige ao originário, a saber, a afecção de si. Segundo Martins (2002, p. 28) “A ipseidade, afecção de si é princípio de transcendência, e não o oposto. Ou seja, só se pode partir do princípio. E este é doação, afecto, ipseidade, constitutivos de si na relação com o outro. A fenomenologia da coincidência da actividade e do afecto, dados na relação, afasta-se das concepções fenomenológicas de Husserl e de Heidegger, em que não há coincidência entre acto e afecto, visto que estes se dão na representação e no reflexo de si mesmos. Assim, na fenomenologia, em Michel Henry, avança da redução fenomenológica para a doação no limite da redução”. A vida opera no interior de si mesma e veremos, a partir das entrevistas, das perguntas disparadoras e das respostas dadas, como se revela parte da Vida relacional dessas pessoas, na linguagem da fenomenologia da vida, a fenomenalidade da relação.

⁷Não há ego nem há eu sem ser por uma ipseidade fundamental que é o Si, e que é o Si da vida. (Martins, 2002, p. 55)

O objeto da fenomenologia é a ciência da essência dos fenômenos, isto é, da sua fenomenalidade pura. Não considera as coisas, mas o *modo como elas se dão*, o aparecer de seu modo de doação, a doação em si mesma (Martins, 2002, p. 29). Procuramos conhecer a relação entre a pessoa com transtorno bipolar e seu familiar cuidador próximos a como eles se descrevem, tentando uma aproximação do como o que neles é originário e se manifesta as facetas de expressões verbais de suas vidas e de como se revelam suas relações, um com o outro e cada um com sua vida. A doação é aqui compreendida como a doação da vida, que não pressupõe distância alguma, já que não lidamos com a consciência de alguma coisa voltada para o exterior de si, mas no que é anterior à própria consciência e à sua intencionalidade, a saber, a vida em si mesma, o outro em si mesmo, o outro captado na dignidade de si. “Michel Henry conhece um só modo de efetivação fenomenológica: a do devir efetivo da vida, no qual o eu participa” (Martins, 2002, p. 37).

“É a vida em si mesma⁸, que experienciamos em nós, até mesmo nas nossas atividades intencional e movimentação para o outro” (Martins, 2002, p. 43) o foco desta investigação. É a fenomenologia do afeto que nos interessa na relação, fenomenalidade afetiva que não se pode ver, por isso invisível, mas se pode apenas sentir.

De acordo com Martins (2002, p. 49) Michel Henry tem uma concepção de humano alicerçada no Ser e na Vida que nesse Ser se doa. A fenomenologia de Michel Henry é não-intencional, pois busca compreender o homem a partir da compreensão da Vida nele, ele procura encontrar as raízes perdidas do seu ser, da sua vida e do seu corpo, por fim, da humanidade do homem.

Na obra de Michel Henry encontramos três aspectos distintos de sua fenomenologia não-intencional (Martins, 2002, p. 49):

1) A verdade de si prova-se na fenomenalização do ser como afeto (*A Essência da manifestação*, 1963);

2) Aipseidade do humano comunga da arqui-ipseidade da Vida que a si mesma se lhe doa (*Eu sou a verdade*, 1996);

3) E o corpo como sentimento da interioridade recíproca da passividade e da ação (*Filosofia e fenomenologia do corpo*, 1965 e *Encarnação*, 2000).

A vida fenomenaliza-se e entrega-se como este transcendental concreto que sou eu, que és tu (Martins, 2002, p. 49). É numa fenomenologia da vida que as relações afetivas eu/tu/outro se processam (p. 55). A Vida fenomenaliza-se no Vivente (p. 56). Michel Henry

⁸E nas pessoas entrevistadas nesta pesquisa.

faz uma *passagem* da fenomenologia do ser para a fenomenologia da Vida e na relação entre fenomenologia e corpo (p. 56). A corporeidade do afeto é a experiência afetiva do nosso próprio corpo (p. 56). O corpo nos é dado de duas formas: como imanência subjetiva e como exterioridade (p. 57).

Com a fenomenologia da vida de Michel Henry pudemos nos aproximar de outro modo aos dados coletados empiricamente, ou seja, contemplar *como* se revela a vida relacional de pessoas portadoras de transtorno bipolar e de seus familiares cuidadores explicadas a partir de si mesmas, a partir da revelação ou manifestação do que sentem e do que pensam, via respostas às perguntas disparadoras na entrevista. “O corpo objetivo só no corpo subjectivo se sustenta” (Martins, 2002, p. 59).

Por fim, procuramos conhecer a vida de nossas participantes da pesquisa, como pulsa a vida que as sustenta, de modo que “atender a esse pulsar da Vida é atender à nossa própria forma de ser, já que é na relação com ela que também nós somos relação, relação afetiva, relação com(t)igo” (Martins, 2002, p. 59).

Na fenomenologia da Vida elaborada por Michel Henry, a Vida não pode ser tocada nem vista, mas sentida, assim, esta pesquisadora pôde mostrar como sentiu o trabalho da pesquisa, em relação com o sentir originário de duas jovens e suas mães cuidadoras, o que permitiu também a manifestação de sua Vida afetiva em relação à sua filha, portadora de transtorno bipolar, um dos motivos principais que a levou a esta pesquisa.

Selecionamos da obra *A Essência da manifestação* uma passagem importante para tentarmos compreender as relações entre a pessoa com transtorno bipolar e seu familiar cuidador. Michel Henry afirma que “*No sofrer se anuncia como idêntica à sua essência, a impotência do sentimento*”. Porque se anuncia no sofrer e nos ajuda a pensá-lo, a impotência do sentimento não tem nada a ver com o que se entende ordinariamente por “um sentimento de impotência”. Este último se produz sempre na presença de algo; a impotência que expressa e que o qualifica concerne na realidade à sua relação com um objeto; é, por exemplo, a impotência para modificar este, para suprimi-lo, a impossibilidade para escapar de certa situação cujas condições se dão independentemente do sujeito que experimenta este sentimento - se lhe impõem. Semelhante sentimento, posto que se refere a uma situação dada, a um objeto, e depende dele, é capaz de transformar-se.

Se o curso das coisas muda e se subordina ao desejo do sujeito ou a seus projetos, em lugar de forçá-lo, se produz naquele uma tonalidade nova, um sentimento de poder ou de alegria. A possibilidade de sua transformação na modalidade oposta está inscrita no

sentimento de impotência e determina seu conceito como possibilidade pelo menos ideal, imaginária, mas, como tal, efetiva, e o prisioneiro pode sempre sonhar com sua evasão.

A impotência do sentimento que se anuncia no sofrer e se deriva dele é, pelo contrário, a impotência do sentimento frente a Si, sua impotência de romper o vínculo que o ata a ele mesmo, o vínculo da identidade no qual seu conteúdo lhe é dado como o que ele é. A impotência do sentimento concerne à sua estrutura interna, o sofrer nele, como sofrer-se a si mesmo, é uma determinação eidética. Como tal, concerne a todo sentimento, não se deixa reduzir a uma tonalidade afetiva particular e tampouco pode mudar-se em outra. A impotência do sentimento não pode resolver-se, atacar-se em proveito da determinação contrária; sua negação na imaginação é a da essência mesma da afetividade e do que ela funda. Por isso, na realidade, tal negação não pode ser pensada; só pode sê-lo a supressão exterior da essência e, posto que esta funda cada vez o ser do Si mesmo, tal supressão se lhe propõem sob uma forma concreta na ideia do suicídio. Este último revela em seu conceito a impotência do eu para desfazer-se de si como constitutiva de seu ser, de maneira que só pode ser eliminada mediante a destruição exterior deste; como Alexandre, ao não poder desatar o nó gordiano, o cortou com sua espada (Henry, 2014, p. 450-451).

Na fenomenologia da vida, a relação humana e os afetos são originariamente constitutivos do humano. Vida, afetividade, sofrimento e fruição são temas centrais na fenomenologia de Michel Henry. Procuramos nesta investigação refletir sobre essa perspectiva, a Vida da pessoa com transtorno bipolar na relação com seu familiar cuidador (a) e a relação deste com àquele.

4.2 Procedimentos da Pesquisa

A) Os primeiros passos da pesquisa:

Após a qualificação do projeto de pesquisa no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP), da UFPA, alguns ajustes foram realizados no projeto, considerando as sugestões da banca de qualificação. Em seguida, deu-se entrada no projeto de pesquisa com o termo de consentimento da instituição, junto ao CAPS Renascer, para apreciação e assinatura do Coordenador. Foi também encaminhado para o orientador, o termo de compromisso para a assinatura. Foram preenchidos pela pesquisadora e assinados, os seguintes formulários: termo de compromisso do pesquisador, declaração de isenção de ônus financeiro à UFPA e carta de encaminhamento do Projeto à Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa do ICS-UFPA.

De posse de todos esses formulários preenchidos e assinados, no mês de dezembro de 2016, o projeto de pesquisa foi cadastrado no site: www.saude.gov.br/plataformabrasil, e

foram anexados também em PDF, todos os formulários e o projeto de pesquisa, para a aprovação pelo CEP do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará-ICS/UFPA e pela CONEP. Posteriormente, ainda no mês de dezembro, foi protocolado o projeto de pesquisa junto à Direção do 1º Centro Regional de Saúde do Estado do Pará, localizado na Av. Presidente Vargas, que ficou aguardando o número da aprovação do CEP, para então autorizarem a realização da pesquisa junto ao CAPS Renascer.

Como houve demora no trâmite do CEP do ICS, resolvi ligar para a secretaria do referido CEP, pedindo informações sobre o meu projeto de pesquisa, sendo informada que os projetos estavam sendo direcionados para o CEP do Hospital João de Barros Barreto, dirigi-me então até a secretaria deste e lá fui atendida pela secretária que me informou que meu projeto não havia sido cadastrado de forma correta na Plataforma Brasil, pois não estava sendo visualizado no local para acesso a esse CEP. Então, fui orientada a fazer o cadastro de forma correta, que ocorreu no final mês março de 2017. Posteriormente, o CEP do HUIBB na segunda quinzena de maio do mesmo ano, me solicitaram via email, uma via do projeto de pesquisa impressa e protocolada junto ao HUIBB, para ser analisada em pauta de reunião do CEP nesse mesmo mês.

Finalmente, em junho de 2017, saiu à aprovação do CEP do HUIBB, pelo parecer de nº 2.146.523, datado em 29 de junho de 2017. Este parecer foi tirado cópia e encaminhado na primeira semana de julho de 2017, ao 1º Centro Regional de Saúde do Pará, porém, esse trâmite já não era mais por esse Centro e fui orientada, para que me dirigir ao novo endereço da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará, situada na Avenida João Paulo II, que no dia seguinte protocolei a documentação e dois dias após foi autorizado o Termo de Consentimento da Instituição assinado pela Secretária de Estado de Saúde Pública, em exercício.

Com a autorização em mãos, agendei uma visita junto a gestora administrativa do CAPS Renascer no dia 25/07/2017, para ter o primeiro contato com o campo da pesquisa. Vale ressaltar que a gestora administrativa me recebeu com cortesia, apresentando-me em todos os setores do CAPS, que na oportunidade conversei com duas técnicas de referência presentes no momento, tendo maior afinidade com uma delas; a que teve maior disponibilidade para uma conversa informal na primeira visita. Após todos os trâmites burocráticos, a pesquisa teve início no dia 22 de agosto e se prorrogou até o mês de setembro de 2017;

B) Universo da Pesquisa:

A pesquisa foi realizada no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) “**Renascer**” localizado na Trav. Mauriti, nº 2179, entre Duque e Visconde, no Bairro do Marco, CEP. 66093-180, Belém-PA, sob a gestão do Estado, vinculada à Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará-SESPA;

C) Colaboradoras da Pesquisa:

A pesquisa foi direcionada para entrevistar duas pessoas adultas com transtorno bipolar e dois familiares cuidadores, atendidos nessa Instituição de saúde Mental.

Participaram desta pesquisa quatro (4) colaboradoras, sendo duas (2) jovens adultas com diagnóstico de transtorno bipolar estabelecido pelo médico psiquiátrico, e duas (2) mães cuidadoras, ambas frequentadoras do CAPS Renascer;

D) Critérios de Inclusão e Exclusão:

A pesquisa teve como **critérios de inclusão**: adultos, com histórico de transtorno bipolar, diagnosticado pelo médico psiquiatra, e frequentadores do CAPS Renascer; familiar cuidador participante do CAPS Renascer; aceitar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido - (TCLE). Como **critérios de exclusão**: menor de dezoito (18) anos e sem histórico de transtorno bipolar; familiar não cuidador; mudez, deficiência intelectual grave, doença neurológica grave, portador de outro transtorno psiquiátrico;

E) Critérios de seleção de amostra:

Nos **critérios de seleção de amostra** as colaboradoras da pesquisa se enquadraram conforme os critérios de inclusão acima mencionados. A participação dessas foi espontânea e livre, as quais receberam, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- (TCLE). Foi vedado qualquer tipo de recompensa às colaboradoras, pelas informações prestadas, assim como foi garantido o sigilo de suas identidades e respeito a sua privacidade quando da publicação científica dos dados;

F) Instrumentos de coleta de dados:

O instrumento escolhido para a coleta de dados foi a entrevista semidirigida com perguntas disparadoras, abarcando dados das pacientes com transtorno bipolar e dos familiares cuidadores.

A entrevista da pesquisa foi composta com seis perguntas semidirigidas com os seguintes dados: colaborador, sexo, idade, endereço, escolaridade, estado civil, nº de filhos, profissão, e além desses dados, para a pessoa com transtorno bipolar, o tempo de diagnóstico e de tratamento da doença. A seguir o roteiro das perguntas das entrevistas;

- À pessoa com transtorno bipolar;

1. Você sabe qual o motivo que você frequenta o CAPS? Conte-me um pouco da sua história?
2. Como você se sentiu quando soube do diagnóstico de transtorno bipolar? Como é para você vivenciar essa experiência hoje?
3. Como você se percebe neste momento da sua vida?
4. Você vivencia aspectos positivos e dificuldades na relação com seu familiar cuidador? Como é para você vivenciar esses aspectos?
5. O meio externo influencia na sua doença? De que forma influencia?
6. Como você se sente hoje com relação ao futuro?

- Ao familiar cuidador;

1. Você sabe qual o motivo que seu familiar frequenta o CAPS? Conte-me um pouco da sua história?
2. Como você se sentiu quando soube do diagnóstico de transtorno bipolar de seu familiar? Como é para você vivenciar essa experiência hoje?
3. Como você se percebe neste momento da sua vida?
4. Você vivencia aspectos positivos e dificuldades na relação com seu familiar com transtorno bipolar? Como é para você vivenciar esses aspectos?
5. O meio externo influencia na doença de seu familiar? De que forma influencia?
6. Como você se sente hoje com relação ao futuro?

G) Procedimentos da coleta de dados:

A coleta de dados foi realizada na sede do CAPS Renascer, após combinado dia e horário com a Técnica de Referência e com as colaboradoras da pesquisa, cumprindo as seguintes etapas:

- O primeiro encontro foi com a assistente social (Técnica de Referência-TR) que ocorreu no dia 25/07/2017. A mesma informou sobre o acolhimento dos pacientes no CAPS Renascer, que é feito primeiramente por um técnico de nível superior, podendo ser: Assistente Social, Psicólogo, Enfermeiro e Terapeuta Ocupacional. Após o acolhimento é feito ou não a matrícula do paciente. Se feito à matrícula, o paciente retorna com o (a) TR, para que em conjunto com a família (usuário e cuidador) seja elaborado o Projeto Terapêutico;

- A TR informou que é feito o acompanhamento pelo CAPS, até que o usuário se instabilize, por cerca de um ano. Os usuários/as e seus cuidadores/as participam semanalmente ou quinzenalmente do Grupo de Referência Técnica-GRT. A TR falou também

da pré-alta, que é uma preparação para a alta do usuário. Quando é dada a alta, é disponibilizado para o usuário um formulário de encaminhamento, constando o CID para que o mesmo procure uma unidade de saúde da SESMA mais próxima de sua casa;

- Falou também que cada TR deveria atender em média de 15 a 20 pacientes, porém como a demanda é grande, acabam atendendo mais que a média. Disse que no CAPS falta uma boa estrutura, tanto para os técnicos como para os usuários. Informou que essa Unidade do CAPS passou para CAPS III desde maio de 2014, com acolhimento 24 horas e que a demanda vem do Hospital das Clínicas-HC ou do próprio CAPS. Na oportunidade indicou quatro (4) usuários como possíveis colaboradores da pesquisa, ambos com diagnóstico de TB. Ressalto que tivemos uma conversa muito agradável e produtiva, na ocasião repassei a ela uma cópia do meu projeto pesquisa e uma cópia do Termo de Consentimento da Instituição para a realização da pesquisa no local;

- Participei no dia 22/08/2017 de uma reunião do Grupo de Referência Técnica-GRT, às 16h00min, na qual fui apresentada a todos pela assistente social (TR). A referida reunião dos usuários acolhidos pela assistente social que me acompanhou nas pesquisas acontece semanalmente, especificamente todas as quartas-feiras às 16h00min. Nesse dia, identifiquei trinta e uma (31) pessoas na reunião, entre usuários/as e acompanhantes (cuidadores/as), todos/as bem simpáticos/as e bem apresentáveis; senti-me bem à vontade na presença de todos;

- Notei que o grupo é quase uma família, há ética e respeito entre os membros. Soube que o GRT é coordenado por quem acolhe na primeira escuta, até a alta de cada paciente. O objetivo do grupo é a estabilidade de cada usuário. Durante a reunião, a TR motivava os usuários a falar, deixando eles bem à vontade; são usuários de diferentes F's, porém as angústias são as mesmas;

- Em umas de suas falas a TR disse a eles que: *“a vida tem que ser vivida com intensidade, equilíbrio e da melhor forma possível, não se pode alimentar sofrimento, não projetar coisas ruins na mente. Focar nas coisas boas e não nas ruins. Sintomas são algumas insatisfações com o que se tem na vida. A saúde mental depende da boa alimentação e do bom sono”*. Esse GRT tem um mote que é: *“um passo de cada vez, lembrando que passos alegres valem por três”*;

- Observei que a TR lançou no prontuário de cada usuário alguns pontos chaves de suas falas, bem como sinalizou a data do GRT e solicitou as assinaturas dos usuários e de seus acompanhantes na ficha de acompanhamento, localizada em cada uma das pastas dos usuários. Após o encerramento da reunião às 17h30min, reuni com as colaboradoras

selecionadas, pessoa com TB e familiar cuidador, para a divulgação dos objetivos da Pesquisa e demais esclarecimentos e em seguida foi lido e explicado o TECLÉ, que após foi assinado pelas mesmas e repassado cópia para cada uma delas;

- A seleção das colaboradoras da pesquisa se deu com a ajuda da TR do CAPS Renascer, foi por *amostra de conveniência*, que é uma técnica que consiste em selecionar uma amostra da população que seja acessível, ou seja, as colaboradoras (pessoas com TB e cuidadoras) desta pesquisa foram selecionadas porque estavam disponíveis e aceitaram participar da pesquisa;

- A convite da TR no dia seguinte 23/08/2017, às 16h00min participei de uma oficina de bordado, onde estavam presentes cinco (5) usuárias acompanhadas da professora de Bordado (técnica de enfermagem) e da TR. Na ocasião, fui informada que a técnica, professora da oficina precisa saber de artes ocupacionais como: bordado, pintura, dança, etc. O objetivo desta oficina é a “terapia, concentração, tolerância e atenção”. Geralmente, cada oficina funciona com oito (8) participantes. A oficina teve duração de uma hora e trinta minutos. Nessa oficina tive conhecimento da RAAS: Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde e do Formulário de Atenção Psicossocial no CAPS, nesse formulário é lançado todas as atividades feitas no CAPS pelo usuário/a, sendo que cada atividade tem um código. Vale ressaltar também que cada usuário recebe um número de matrícula no CAPS;

- Nesse dia, a TR deu alta a uma paciente que estava participando da oficina de bordado, com um encaminhamento de alta que foi assinado pela usuária, o mesmo foi para o posto de saúde da SESMA mais próximo de sua casa; após, registrou na pasta da usuária a alta, destacou a RAAS para ser encaminhada ao setor de informática do CAPS para baixa no sistema e o prontuário da mesma seguiu para o setor de arquivo, para ser lançado no livro de matrícula o encerramento do atendimento e depois arquivado. Fui informada que a pasta da usuária será desfeita, porém no caso do retorno da paciente ao CAPS a ficha poderá ser resgatada junto ao setor de arquivo;

- Na oportunidade, solicitei à TR os prontuários das colaboradoras selecionadas para verificar e anotar alguns dados referentes à pesquisa;

- Participei de outras reuniões do GRT nos dias 29/08/2017 e 05/09/2017.

H) Procedimento da Entrevista:

As entrevistas semidirigidas se deram em seis (6) encontros, com datas e horários previamente agendados. O primeiro encontro foi com a técnica de referência que, após uma conversa informal, indicou os possíveis colaboradores; o segundo foi na reunião do GRT, onde as colaboradoras disponíveis tiveram conhecimento da pesquisa e assinaram o TECLÉ;

o terceiro foi na oficina de bordado, onde tive acesso aos prontuários das colaboradoras; no quarto encontro foi realizada a entrevista com a 1ª jovem com TB, antes da reunião do GRT; no quinto foi realizado a entrevista com a mãe e cuidadora da 1ª jovem, no horário da reunião do GRT ; no sexto e último encontro foi realizada a entrevista com a 2ª jovem com TB, antes da reunião do GRT e em seguida a entrevista com a mãe e cuidadora da 2ª jovem com TB, no horário da reunião do GRT;

Foi seguido o roteiro da entrevista semidirigida com as perguntas disparadoras para todas as colaboradoras da pesquisa;

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas criteriosamente. A pesquisadora também fez algumas anotações das observações durante as entrevistas e reuniões do GRT no caderno de campo, que foram utilizadas parte nesta Dissertação;

Vale ressaltar que durante as entrevistas, as colaboradoras foram deixadas bem à vontade para verbalizar suas falas e em algumas vezes, a pesquisadora introduziu algumas perguntas quando se fez necessário, para complementar algum diálogo;

Durante os seis encontros foram utilizados: um gravador, um caderno de campo, lapiseira, caneta e uma pasta arquivo;

I) Procedimentos da Análise de Dados:

Os procedimentos para a análise dos dados se deram da seguinte forma: as perguntas e respostas foram transcritas na íntegra e em seguida analisadas à luz dos princípios da fenomenologia da vida de Michel Henry, que se refere a uma compreensão peculiar das relações humanas, do sofrimento e da vida, observados nos dados empíricos coletados;

J) Estratégia de divulgação dos resultados:

Os dados coletados desta pesquisa poderão ser utilizados para elaboração de relatórios, capítulos de livros, artigos científicos em coautoria com orientador e professores (as) do PPGP-UFGA. Todos os dados que identifiquem os participantes serão preservados;

K) Riscos e Benefícios da Pesquisa:

Para a realização desta pesquisa, houve um mínimo de risco em virtude de alguns desconfortos, como emoção (choro) no momento das falas das colaboradoras. Porém, não foi necessário o envolvimento da TR, pois soube conduzir as entrevistas, respeitando cada momento das falas e das emoções surgidas. Houve responsabilidade e ética, para que não ocorresse constrangimento para os participantes em todos os passos da coleta, assim como, na análise, discussão e apresentação posterior dos dados;

Resguardamos sempre a identidade e integridade das colaboradoras desta pesquisa ao longo da realização e estruturação do estudo. Tivemos o empenho para que os benefícios pudessem sempre superar eventuais riscos ao longo da pesquisa;

Com relação aos benefícios, os resultados desta pesquisa poderão trazer para as participantes, para os pesquisadores e para os leitores da pesquisa e comunidade, grande possibilidade de conhecimento e reflexão sobre o fenômeno estudado;

O fenômeno estudado foi a relação entre portadores de transtorno bipolar e seus cuidadores, a partir de uma filosofia fenomenológica, a saber: a fenomenologia da vida, desenvolvida pelo filósofo francês Michel Henry. Dessa forma, produzimos um conhecimento interdisciplinar, inédito na área da psicologia, de cunho internacional. Assim, profissionais da saúde poderão observar a complexidade da área da saúde humana e relacional, tendo o sentimento como fenômeno originário. Levar em conta os sentimentos como a essência da vida, pode possibilitar novos aportes, compreensões e reflexões em centros de atenção psicossocial, colocando as relações e a qualidade das mesmas em destaque. O que poderá, eventualmente, contribuir para inovar as políticas públicas em saúde mental;

L) Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa:

A referida pesquisa não foi suspensa em nenhum momento, pois não houve problema algum com a administração do CAPS Renascer que inviabilizasse a coleta de dados, assim como também, nenhum dos colaboradores da pesquisa, teve qualquer motivo para desejar sair da mesma;

M) Considerações éticas:

Tendo em vista que a pesquisa envolveu uma temática que pudesse causar algum desconforto com relação ao sentimento, foram acrescentados alguns cuidados para que a exposição pessoal não provocasse fragilização ou danos psicológicos. Assim, baseada na Resolução CNS 466/12, foram seguidos os seguintes aspectos:

- Foram respeitados à dor e o sofrimento das colaboradoras da pesquisa;
- Foram explicitados os objetivos da pesquisa de forma clara;
- Foi respeitado o desejo ou não de participar da pesquisa;
- Foi esclarecido da possibilidade do participante se retirar da pesquisa, quando não se sentisse em situação confortável, ou por outro motivo particular;
- Foi garantido o sigilo sobre a identidade dos participantes da pesquisa ou pessoas por eles citadas.

5. RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

As transcrições a seguir, são frutos das entrevistas semidirigidas realizadas com as colaboradoras frequentadoras do CAPS Renascer, que concordaram após a assinatura do TECELE, em participar desta pesquisa.

Vale ressaltar que as transcrições foram escritas na íntegra conforme as falas das entrevistadas. Participaram desta pesquisa duas jovens adultas com transtorno bipolar e suas mães cuidadoras.

O local das entrevistas foi no CAPS Renascer, em seis (6) encontros, sempre pela parte da tarde. As entrevistas tiveram um total de seis (6) perguntas, semidirigidas e disparadoras, sendo que tive a oportunidade de introduzir mais perguntas quando se fez necessário durante o diálogo, que foi realizado de forma bem descontraída para ambas as partes.

Os nomes dados às colaboradoras desta pesquisa configuram como pseudônimos, servindo apenas para a ilustração das entrevistas e do texto desta dissertação.

5.1) Colaboradora nº 01-Joana-pessoa com transtorno bipolar

5.1.1) Alguns dados do prontuário – acesso em 23/08/2017

Joana é paraense, pedagoga e mestra em educação tem trinta (30) anos, é divorciada, sua religião é evangélica, reside no Bairro do Marco, foi acolhida no CAPS Renascer em 2015, encaminhada pelo Hospital das Clínicas Gaspar Viana, e tem como cuidadora a sua mãe.

Teve como queixa principal: insônia, irritabilidade, tristeza, vontade de chorar, ideia suicida e tentativa de suicídio.

O histórico da usuária: quando chegou ao CAPS, apresentou-se consciente, orientada, comunicativa. Relatou que se separou em 2015. Realiza tratamento psiquiátrico desde 2013, mas nunca tão severo como os citados acima. Quando se aproximou a data que faria sete (7) anos de casamento, apresentou crise com sintomas de falta de ar, dor no peito, vômito, tristeza, angústia, ideias suicida e tentativa de suicídio. Já apresentou crise de euforia, na época se endividou e mudou o visual. Necessitou da ajuda financeira do pai. Quanto aos aspectos psicológicos: relatou infância e adolescência saudáveis, casou-se aos vinte e um (21) anos, falou que o esposo foi uma pessoa muito acomodada, não quis crescer junto com ela e pouco a pouco o amor acabou. E decidiu se separar. Sobrevive de seu salário como pedagoga.

Tem diagnóstico de transtorno bipolar. Seu projeto terapêutico: Clínica Médica, Grupo de Referência Técnica, Grupo de Dança e Psicoterapia.

5.2.2) Entrevista⁹ - realizada em 05 de setembro de 2017 às 15h30min e transcrita em 12 de novembro de 2017.

1) Você sabe por que você frequenta o CAPS?

R: Sim, é já fazia quase dois anos que eu fazia tratamento no meu plano de saúde com diagnóstico inicial de uma depressão moderada, só que algumas situações na minha vida pessoal desencadearam crises muito mais fortes e que dava a entender que não era só a questão depressão, e foi até que eu vim aqui por livre vontade né, fiz o acolhimento e acabei ficando aqui e saindo do meu plano de saúde então o motivo é esse.

1.1) Você pode me contar um pouco da sua história?

R: Então né, a minha vida ela tava assim, quando as coisas começam a dar certo né. Eu me formei, fiz especialização, consegui entrar no mestrado, tudo isso foi sem nenhum intervalo, uma coisa após a outra né, e também casada, e concursada, passei no concurso público, mesmo ano que depois eu tive que assumir o..., que eu comecei o mestrado, depois iniciei o concurso público, então a vida tinha tudo pra ficar tranquila, porque todas as coisas que eu tinha planejado como meta, eu atingi e num curto prazo de tempo. Só que ao invés de ficar bem, eu comecei a ter alguns sintomas, eu já não dormia, eu não conseguia mais estudar, que era o que eu mais gostava de fazer, e não queria mais trabalhar, a minha vontade era pedir exoneração, porque eu queria ficar em casa dormindo esperando não sei o que acontecer.

Perguntei: Qual é a sua profissão? Ela respondeu: pedagoga. E continuou: eu não queria mais assim a vida que eu mesmo escolhi pra mim, então foi um descontentamento que foi crescendo, crescendo aí foram aparecendo sintomas e atestado após de atestado, foi tudo uma questão bem complicada, então era de uma vida que era bem tranquila, e como eu disse tinha tudo pra tá bem né, e com várias realizações pessoais, compra de carro e não pelo contrário desandou, então a minha história ficou marcada, do antes e o depois desse ocorrido, e tudo o que aconteceu em consequência disso.

1.2) E quando ocorreu isso você tinha que idade? E em que ano foi você lembra?

R: Como isso não foi uma coisa muito boa que aconteceu na minha vida eu costumo, há com quantos anos? Eu não lembro, eu acredito que já fazem por volta de quatro anos, aí nesse

⁹As seis perguntas que constam na página 40 foram um norte para a pesquisa. Essencialmente todas foram respeitadas, mas pode-se notar que no momento da coleta empírica, algumas alterações ocorreram devido às peculiaridades relacionais no momento das entrevistas.

período aconteceu tudo isso, e divorciei também, então sinceramente, hoje eu já tenho 30 anos, então digamos que eu devia tá com 26 anos, quando tudo começou.

2) Como você sentiu quando soube deste diagnóstico?

R: Na verdade eu não queria muito aceitar, primeiro como eu falei foi uma depressão, a gente sabe depressão ela tem vários sintomas, digamos descritos os dez sintomas, o que vai mudar, são quantos sintomas a pessoa tem no total e a intensidade deles, então encaixava na depressão moderada de fato, e foi assim que eu fiquei eu acho que digamos quase uns seis meses, só com esses sintomas, só que aí depois, eu já começava..., aí eu já queria uma resposta, eu já queria que o médico me desse um diagnóstico, porque eu ficava muito ansiosa né, eu não conseguia mais dormir.

O tratamento melhorou um período, e depois mesmo no tratamento desencadeou outros sintomas assim piores, que já também entra a questão psicológica né, porque vai fazendo a terapia e a gente vai fazendo a medicação que acalma algumas coisas e as outras ficam latentes, então era essa questão, aí foi que... aí eu tive momentos compulsivos de muitas, muitas, muitas, compras, fui insequente, eu não ia trabalhar e não dava satisfação, e com o meu ex-marido também foi assim, eu fiquei muito, muito, muito rebelde, (falou rindo) não tinha mais nem consideração pelo que ele ainda era na minha vida, que de fato ele ainda era meu marido, até fiz de tudo pra ele me deixar, mas ele não teve essa coragem, e eu que tive que dizer não, tá é sério, porque no fundo eu também esperava pelo diagnóstico.

Que eu pensava assim: será que tudo o que eu estou sentindo é porque eu tô doente, ou é porque eu realmente não gosto mais, não quero mais isso, essa rotina na minha vida, essa pessoa, então foi isso que denotou muito pior, porque eu não me sentia capacitada pra tomar essas decisões e eu ficava esperando até que ponto um laudo, um diagnóstico fechado me daria um amparo, não, posso tomar ou não posso, adio, ou não adio, então foi isso.

E quando aí começou - bipolaridade - não é assim um diagnóstico de um dia pro outro, foi mais de um ano pra de fato fechar mesmo né, lógico que as suspeitas já eram bem claras enfim, ah! teve o que: o episódio maníaco, aí o que: compulsivo, atitudes de risco, e tudo o que o bipolar tem direito, então foi assim, ao mesmo tempo que eu relutava muito, mas quando de fato as coisas aconteceram num nível que..., não “bipolar”, aí eu aceitei, como, ah! é, mas eu não vou parar a minha vida por causa disso, então o tratamento é levado a sério, mas na época que eu fiquei muito rebelde, eu falei ah!, eu não sei mais se eu quero viver, eu não sei mais sabe. Então quando de fato eu vi que era esse o diagnóstico e tinha o que fazer, que era um tratamento com seriedade, aí foi o suficiente pra eu ficar mais consciente.

2.1) E como é para você vivenciar essa experiência hoje?

R: Olha hoje eu acho que eu tô num bom momento assim, já faz alguns meses que eu tô num bom momento, que no meu trabalho as pessoas percebem que eu melhorei muito né, elas comentam, porque pra elas né, pras pessoas no geral assim, foi uma depressão que eu tive, eu não digo, “há sou bipolar”, não foi um momento de depressão e agora que.....

2.2) Mas desculpa, você não diz por quê?

R: Porque nem todo mundo precisa saber entendeu, então só os dos mais chegados mesmo do meu trabalho aquela pessoa bem... tal, pro resto deixa eles pensarem que eu tive depressão, e pronto. **Eu complementei aqui:** mesmo porque, eu acredito que há ainda uma ignorância das pessoas né, pela questão da discriminação, e isso não é bom pra quem tem a doença. **Ela disse:** pois é porque aí fica..., porque momentos ruins, dias maus, todos nós temos né, então às vezes eu chego assim super irritada mesmo no trabalho, eu não sou agressiva, eu não agrido ninguém e tal, mas chego sem..., não quero papo, quero chegar fazer as minhas coisas, não tô a fim de conversar, mas na minha, e quem tá comigo mais próximo precisa saber né, então é por conta disso que a minha diretora sabe, a minha chefe mais ou menos.

E hoje a minha vida assim como eu tô te falando, ela melhorou bastante, que agora eu tô com a presença da minha família né, porque até da minha família eu tinha vergonha, o primeiro atestado de trinta dias que eu peguei, eu ficava assim: meu Deus, eu não vou falar pra minha mãe, não vou falar pro meu pai, porque eles não vão acreditar que eu tô tão mal assim que eu precise desses trinta dias, até eu duvidava, eu falava, mas se eu me esforçar, será que eu não consigo? Sabe a gente fica num dilema assim, a gente num.....se sabe ou se não sabe, nem gerenciar as expectativas da gente mesmo, nem dos outros né.

Agora não a minha família já sabe de tudo, a minha mãe tá aqui a gente faz o acompanhamento né, explica tudo, a gente observa o comportamento, até quando ela vê que eu tô mais irritada, ou até um pouco mais triste, não é mais aquela coisa de, ah! vamos resolver isso, não, é um dia, um dia como um outro qualquer, com naturalidade e até eu tenho uma atitude parecida nisso, e precisei adquirir confiança de novo no meus pais, então hoje eu me sinto melhor, me sinto....., tanto é se alguém for falar assim..... ah! até quando eu vou na igreja..., “*você que trata o problema de saúde e tal não sei o que.....*”, eu não me considero mais doente, porque eu acredito que eu tô estabilizada, não é mais aquela coisa quando a gente tá com depressão, que cada dia é um sofrimento, não hoje, se me falar, ah! doença, não sei, já não é mais aquela coisa de...não, não tô doente, eu tô como uma pessoa que tem hipertensão, não é porque ela tem hipertensão, que ela vai ficar o dia inteiro se lamuriando porque ela está doente, a mesma coisa, então eu tô nesse nível entendeu, esse já não é mais

o foco da minha vida, eu tô doente, eu tô com saúde, eu faço tratamento... não, faz parte agora.

3) Como você se percebe neste momento de sua vida?

R: Bem, nesse momento eu me sinto mais até confiante mesmo de prosseguir a minha vida, porque aconteceram assim coisas muito, muito, muito graves né, num espaço de tempo muito pequeno e sem falar ainda tem aquela questão do surto, de coisas que eu não faria, em sua consciência né, então, e de coisas que eu não tenho nenhum registro grave, grave, grave, eu não tenho, eu não lembro, então aí fica tipo sempre aquela coisa; não, não vou me meter em circunstâncias parecidas, porque da última vez aconteceu isso..., então é tudo mais uma questão de prudência mesmo, de ter mais cuidado, de não me expor a certas situações pra evitar que coisas parecidas aconteçam, eu não vou dizer que isso me limite, isso só me deixou mais prudente entendeu, lógico que tem aquelas questões né de segurança, ah! como vai ser daqui pra frente, eu tenho receio, mas a gente vai vivendo um dia de cada vez, até estruturar de novo a vida, da forma que eu espero.

4) Você vivencia aspectos positivos e dificuldades na relação com seu familiar cuidador?

R: Olha eu vou falar do meu ex-marido, porque ele foi por muito tempo a pessoa que realmente ficou mais próximo, porque eu era casada, eu não morava com os meus pais, então ele me acompanhou por mais de um ano, em todas essas circunstâncias. Então como é que era a relação com ele logo quando eu adoeci que eu caí doente mesmo, numa velocidade, num intervalo de tempo muitíssimo curto mesmo e ficou assim, sei lá não sei como eu não morri sabe, aí ele falou: “tu tem certeza que é pra isso tudo mesmo”, aí ficava sabe, numa situação que ele não acreditava em mim né, “mas o médico te deu trinta dias”, “tem certeza tu não vai perder o teu emprego”, que eu sou concursada né, aí eu falei: “não, ele disse que é direito, que tal e não sei o que, a minha saúde”, aí ficava aquela situação.

Era todo dia, ele tava comigo, via como eu tava, mas não acreditava que eu precisava tá que me sujeitando àquele tratamento entendeu, até que com o tempo, ele ficou mais compreensivo e tal, mas vez ou outra assim ele fazia..., ele... eu não sei, eu voltava da terapia, com uma..., nossa eu melhorei, conversei isso, tava com essa segurança, conversei e tal, descobri que um ponto sei lá de eu tá muito, muito mal pode ser esse e tal, e ele fazia coisas assim que.. que eu ficava..., como a pessoa chega boa né, chega melhor né, era sempre assim, eu melhorava numa semana, piorava a outra, a impressão que fiquei depois é que ele fazia de propósito, e que de alguma forma ele se sentia confortável de eu tá doente e dependendo dele e não compartilhando pro meus pais o que tava acontecendo, como se ele se sentisse com mais domínio sobre mim, por conta daquela condição, então tudo o que eu fazia, as coisas que

foram acontecendo, acontecendo, ele fazia assim, o pior relatório possível de mim pros meus pais, a ponto deles pensarem, tá doida e do meu pai querer me interditar, só que não me interditava porque eu tinha marido e se alguém tinha que me interditar seria ele.

Perguntei: e ele não tinha intenção de fazer isso? Ela disse: não, mas eu acho que ficou meio que, aos olhos vistos né, como dizem, de que ele também se aproveitou dessa situação, pra ter essa tutela de mim e fazer com que as pessoas não confiassem em mim no meu trabalho, aí foi assim, aí isso foi assim até o estopim do divórcio.

Perguntei se o marido dela trabalhava. Ela disse que seu marido não trabalhava e dependia dela, e continuou: tanto é que ah! quando eu pedi o divórcio e tal, aí ele ficou doido, ele fez uma caveira de mim pros meus pais e isso me prejudicou muito, porque de certa forma ele tinha aquele domínio de mim e ninguém acreditava, nem os meus pais acreditavam que eu ia realmente me divorciar e foi uma coisa assim que eu fiz e eu nunca mais voltei atrás em situação nenhuma, e foi o que eles viram né, o que eu realmente poderia tá passando naquele relacionamento, foi quando eles chegaram à conclusão que sim, que de fato ele não tava contribuindo e por isso que acabou; porque ninguém compreendia. E já com os meus pais, quando tudo isso aconteceu, veio também a questão do divórcio, que aí o ex-marido saiu de casa e passou um tempo pra Brasília, e eu fiquei com aquele episódio maníaco.

Perguntei: tem quanto tempo isso? Ela me respondeu uns dois anos, só que aí como eu te falei, tudo parece que tá misturado chegou nesse momento da minha vida que parou o tempo. E ele foi ele saiu e os meus pais me julgaram muito, “porque tu fez isso, tu tá fazendo não sei o que, olha como tu tá te comportando”, sabe então foi muito ruim mesmo né, até que apareceu uma pessoa na minha vida e começou um relacionamento e tudo aquilo que tava acontecendo sossegou né, e os meus pais, minha mãe dizia, ah! tu não casa mais, tu não traz mais ninguém pra dentro de casa, porque tu viu o que aconteceu dessa vez, que não sei o que, aí eu falei pronto acabou pra mim, não vou mais casar. Porque todo mundo ficou muito traumatizado da forma como tudo foi, só que com essa pessoa aí vieram duas crises, uma em novembro e a outra em janeiro, fez um ano agora, que aconteceu o que aconteceu, foi uma tentativa de suicídio e tal, que eu não lembro, mas foi muito grave, e foi na presença dessa pessoa né, e mudou tudo, pra sempre.

Aspectos positivos: alguns aspectos positivos a gente teve que se unir muito eu, a minha mãe o meu pai, toda a família acabou sabendo da gravidade de tudo o que tava acontecendo, porque foi muito, muito grave, e ao mesmo tempo que eu sentia muita vergonha, eu falei, nossa como é isso, como é que eu vou viver daqui pra frente, lembrar disso, eu nova enfim e, mais aí uma situação inesperada assim que foi os nossos vínculos, se fortalecerem muito, e de

compreenderem até eles, porque eu sabia da dimensão de tudo isso, eu vim parar no CAPS porque eu não queria morrer, porque eu acreditava que aqui eu poderia ter o melhor suporte, porque me indicaram então, e eles se deram conta de toda essa complexidade e eu não precisava mentir mais pra ninguém que eu tava bem, fingir que eu tô bem, não. Né então o aspecto positivo foi esse, e com eles do meu lado tudo ficou mais fácil, não só do meu lado, com eles sabendo de tudo.

Dificuldades: pra mim é que depois de uma situação dessas, tem que se reconstruir tudo de novo, tudo, procurar alguns alicerces pra não viver com medo.

4.1) Como é para você vivenciar esses aspectos?

R: Olha cada dia é um passo né, depois eu digo assim depois, porque como eu te falei depois duma situação dessas, não tem mais como as coisas serem como eram antes, lógico que melhora, e algumas coisas tem realmente dificuldades, e o mais dificultoso é que olha, eu passei acho que quase três anos da minha vida todo dia acordando e me lamentando, ah! não dá, não tem como fazer mais nada, eu abria o olho e, por que eu acordei, qual a necessidade disso, eu não acredito que eu vou ter que levantar e viver entendeu, e depois desse último episódio mesmo, mexeu na medicação, tive irritação, eu fiquei um tempo sem trabalhar, sem poder dirigir, que é uma coisa que eu prezo muito dessa minha autonomia, precisei depois voltar a morar com os meus pais, porque eu ainda passei um tempo morando só, mas depois desse episódio de fato demorou um tempo eu tive que fazer a mudança.

E o dificultoso, o que tem de dificuldade assim é, sei lá, antes, agora devido ao apoio da família, a medicação em uma outra abordagem eu me sinto bem, eu acordo, levanto e vou trabalhar, não tenho vontade de faltar, não acordo com o ânimo depressivo, não, acordo assim; nossa que legal, vou acordar né, antes coisas simples me derrubavam e hoje não, assim “ah! Meu Deus eu não fiz aquele trabalho”, “ah! eu nem vou trabalhar”, sabe e nem me importava, se eu faltava ou levava falta e agora não, eu vou sim, não vai adiantar eu ficar em casa, então pra mim eu acordo agora com vontade de viver, de encarar o dia e isso pra mim é uma vitória, ainda mais quando eu continuo nesse padrão por vários meses né, que muita gente pensava, “será que vai durar esse ânimo, esse bem estar”, e tem durado, aí eu acordo assim, olha mais um dia, mais um dia e vamos né.

E foi isso, hoje eu me sinto assim. E com relação assim essa de dificuldade, mais é pra questão do lado afetivo mesmo, assim, amoroso, porque foi o que mais desencadeou a crise mesmo, ou então tem que ver aquela questão da autoestima, da segurança. É muito difícil eu deixar alguém se aproximar de mim, porque eu fico... nossa não quero que essa pessoa venha saber isso que aconteceu, e também não quero que ninguém me veja de coitada e eu que tenho

que me fortalecer, eu não tenho que esperar que o mundo tenha cuidado comigo, eu é que tenho que me cuidar e me fortalecer, então eu acho que atualmente é nesse cenário que eu tô, vários outros fatores eu tenho vencido e já essa questão afetiva, que eu ainda tô trabalhando mesmo, um dia após o outro, que não é do dia pra noite, ah! Mas já fez um ano, e quase um ano e meio, tá, mas não é do dia pra noite que você retoma a sua vida nesses aspectos.

5) O meio externo influencia na sua doença?

R: sim

5.1) De que forma influencia?

R: Assim eu tô bem, geralmente é amoroso, geralmente é isso ah! no trabalho falaram mal de mim, eu não tô nem vendo, num tô nem aí, agora se algum rapaz apareceu pra conversar comigo, quer se aproximar, aí, de forma completamente involuntária eu crio uma barreira assim que eu fico, meu Deus eu não era assim sabe de, ah! A pessoa vem falar comigo né, eu sei que tem algum interesse, eu até posso ter, até tem, eu não consigo nem olhar nos olhos e já não falo nada e já se duvidar até choro, o cara não fez nada ele só se aproximou, demonstrando alguma intenção, como assim de forma física né, você vê a pessoa vai abraçar já, não vou dizer que desanda sempre, aí começou aparecer esses sintomas de desandar, aí eu, nossa por que isso, e até passar vergonha, porque a pessoa não fez nada de mais, sentou lá do meu lado assim, eu só falto sair correndo e chorando, porque é como se alguém tivesse invadindo a minha vida e eu não fosse dar conta disso, ainda que eu quisesse.

5.2) Você ainda não descobriu por que isso acontece?

R: Sim todos os episódios mais graves de suicídios, inclusive que foram dois próximos né, como eu te falei um em novembro, eu já tinha uma pessoa legal na minha vida e mesmo assim eu não entendia, e não tinha nada a ver com ele esse episódio, o primeiro, nada a ver, foi porque eu faria sete anos de casada naquela semana e no mesmo dia eu tinha um casamento e a menina tinha me convidado pra madrinha há vários meses atrás, porque ela pensava que eu tava bem com o meu marido, “ah! pode ser tu e ele”, eu falei tá bom, daqui pra lá provavelmente talvez eu não esteja nem casada e foi o que aconteceu, já tava muito sério e pra ela foi assim uma surpresa, e foi o que aconteceu.

Nessa semana do casamento, eu já tinha comprado roupa, todos os preparativos e eu tava bem com o outro rapaz e aconteceu isso, de eu surtar e tentar me matar na véspera do casamento da menina, e assim eu queria ir, me preparei, tava bem, meus pais estavam pra Mosqueiro, eu morava só, mas tava com esse rapaz, a gente tava junto e aconteceu isso, quem foi que tava comigo nesse dia, quer dizer quem teve que ir lá comigo nesse dia, ele, que eu liguei do consultório do meu médico, porque de lá eu já ia sair ou de Samú (Serviço de Atendimento

Móvel de Urgência) ou de Bombeiros, porque na noite anterior eu tinha tentado várias coisas, e o médico disse: me dá o número dos seus pais e eu disse não, não vou dar o número dos meus pais não, como eu te falei a gente fica com muito, muito medo, aí ele disse: de outra pessoa, aí foi que eu sabia que ele (o namorado) ia estar de folga aí eu dei, e ele foi, e eu pensei, depois dessa ele nem vai mais querer ficar comigo né, apesar de ele saber que eu tava em tratamento, em depressão tal, tal e tal, e só que aí, ele permaneceu na minha vida, aí quando foi em janeiro, aí já foi uma situação com ele entendeu, aí eras depois disso fica muito difícil deixar alguém chegar na tua vida, da forma como vai chegar.

5.3) Eu disse, aí depois disso a relação acabou?

R: Não mesmo depois de janeiro ainda voltou, meus pais também consentiram, porque você acaba sendo, pra você ver que não é a pessoa é um transtorno, ah! voltou falou com os meus pais bora, bora, a gente ficou junto, até que eu disse deixa pra lá, agora quem já não quer mais sou eu, porque não é bom dependendo da época que tu tiver, é melhor ficar só e se tratar, e eu não queria ter que prolongar esse período porque eu ia tá me tratando e tentando investir num relacionamento ao mesmo tempo, até porque foi teimosia dele, também ter ficado né, de ter entrado, ter permanecido, foi e voltou e enfim.

6) Como você se sente hoje com relação ao futuro?

R: Hoje eu posso até estar um pouco sensibilizada, eu digo isso porque já tinha outra pessoa né, nessa questão de conversa, isso aquilo (outras pessoas) risos..., é como se eu tivesse aprendendo as coisas que eu nunca tinha feito, e que não é verdade, aí a pessoa chega, aí fica todo aquele negócio, aí eu vou segurando a rédea, assim não, não sei o que.. e tal, tal, tal, aí eu já me decepcionei com um, aí eu falei, não, aí eu já desisto fácil entendeu, além de ser muito difícil de eu permitir, uma coisinha assim eu, não, não agora não, eu já disfarço.

Hoje eu tô assim, eu tô numa situação que desencadeia assim, um pouco de insegurança, irritabilidade que é essa questão afetiva, mas não é mais o foco da minha vida, e eu vou vivendo, vou trabalhar, eu vou curtir a minha família, porque todos nós passamos momentos, não digo nem só momentos, não digo meses, mas até anos de muito sofrimento, porque não é só eu que sofro é todo mundo, e eu penso assim que tem tudo pra melhorar, é só eu continuar com cautela, ter paciência, me fortalecer, que as coisas vão acontecer, porque pra mim essa questão afetiva é muito importante, se casar, ter uma família, ter filhos, e tal, tal, tal... e hoje eu me sinto com esperança, então o futuro é com diagnóstico, com seja lá o que for, é seguir a minha vida, com qualquer outra pessoa.

6.1) E hoje quem cuida mais diretamente de você na sua família?

R: Quem mais cuida de mim, é a minha mãe, porque ela tem mais tempo, sabe como é mãe né, ela vem, acompanha a medicação, dos conselhos e tal, mas ao mesmo tempo, o meu pai, ele também tá sempre muito presente, porque ela tem muito medo né de... , quase me perdeu de fato né, às vezes ela que já tem que segurar o medo dela, a expectativa dela, aí surge uma situação como essa né, ah! tá saindo de noite, tá enfim, quando eu digo algumas coisas pra ela...., não, porque eu nem sei pra onde vou né, e já é o meu pai que segura, “gente também não é pra tanto”, já puxa ela, e faz com que eles confiem mais em mim, então cada um tem a sua parcela de cooperação em cuidar e quando ele cuida dela, da minha mãe e da expectativa dela, do medo dela, ele tá cuidando de mim.

6.2) Você tem outros irmãos ou é só você de filha?

R: Sim um irmão, ele tá pro Mato Grosso do Sul, numa Faculdade, já casou pra lá teve filho. Eu nem sou a caçula, mas virei, porque devido todos esses cuidados que eu também nem vou confessar que é ruim sabe, que alguém que passou, eu passei 10 anos com alguém e 7 anos de casada, e de repente você volta pra casa, eu tinha medo, medo, medo, meu Deus eles não vão deixar eu fazer nada, vão acabar com minha vida, eu morava só, tinha independência, não tinha hora pra chegar, pra sair, pra nada e não, não voltou sabe essa relação, mas que só foi possível, porque eles conhecem com que eles estão lidando, com esse transtorno, que se não fosse isso, certamente as coisas não teriam melhorado tanto assim e se afinado como estão agora, num espaço de tempo relativamente curto, então é isso.

5.2 Colaboradora nº 02 - cuidadora e mãe da Joana

5.2.1 Entrevista - realizada em 12 de setembro de 2017 às 15h30min e transcrita no período de 17 a 21 de novembro de 2017.

1) Você sabe por que sua filha frequenta o CAPS?

R: O motivo sei, ela foi diagnosticada primeiro com depressão e depois com transtorno bipolar e aí ela depois de ter passado pelo hospital das clínicas aí, quando ela veio pela primeira vez aqui, que foi dezembro do ano de 2015 parece se eu não me engano, que ela veio, que umas amigas indicaram pra ela, que ela estava passando por um problema de depressão, só que eu e o pai dela não estávamos sabendo, porque ela era casada, não morava com a gente e aparentemente eles estavam bem, tavam bem os dois tavam bem, ela toda vez que ia lá em casa tava bem, nunca, nunca eles falaram nada pra gente, então a gente não percebia nada, quando ele chegou um vez já bem....., que eu comecei a ver pelas redes sociais

né, as vezes eu ligava pra ela, ela não me atendia, parecia assim que tava meio revoltada com tudo, mas ela nunca contava pra gente porque, eu ligava pra ela, ela não atendia, dizia que depois ligava, aí eu comecei a ver pelas redes sociais que ela tava ficando diferente, a aparência dela tudo, que ela tava ficando diferente tudo, e ela postava assim umas coisas que eu via que não era dela né, aí eu falei pro meu marido, a nossa filha não está bem e, eu ficava só observando, mas ela não, não...

Diminuiu muito a ida dela lá em casa com a gente, aí uma vez o marido dela ligou dizendo que era pra gente passar lá com ela e que ela estava muito doente e que ela ia passar pra gente pra dizer o que era, eu dizia o que foi? O que é que ela tem? Ele disse é uma depressão muito séria, só que isso já estava muito e eles não diziam pra gente, sabe eles não diziam que também eles tavam numa crise do casamento e tudo, e eles não falaram nada pra gente, quando eles chegaram a dizer que ela tava com depressão, eu fui com ela no, no.. primeiro foi aqui que ela me trouxe, que ela pediu pra eu vir com ela, que tinha que vir com o responsável, só que nesse intervalo, na primeira vez que ela veio aqui em dezembro, ela já tinha tido umas crises de choro, passou lá pelo hospital das clínicas e a gente não sabendo de nada, aí quando foi em dezembro, que ela foi, que ela já tinha pedido a separação dele, e já estava lá em casa, em janeiro ela fez a pior coisa da nossa vida, ela já tinha vindo aqui pela primeira vez e falou ainda com a técnica, com a doutora psiquiátrica, em janeiro ela fez uma coisa absurda, que só não veio pra cá pra ficar internada, porque tinha o lado físico também e aqui não pode né e daí foi direto eu acompanhando, ela foi lá pra casa, ela tava meio separada dele e até hoje, é isso, mas sei que ela não conta, eu não sei te dizer como começou isso dela, porque todo esse tempo, é minha filha né, ela nunca demonstrou nada, ela sempre foi muito estudiosa, muito assim, muito estudiosa pra tudo mesmo, passou de primeira no vestibular, tudo muito, muito e também o jeito dela era assim meio, meio pacata assim, e o modo dela se vestir muito simples, muito senhora que eu achava, eu achava que ela queria aparecer mais velha do que ela era, e de repente quando ela começou com esse quadro da depressão, ela mudou totalmente, mudou roupa, mudou estilo, mudou tudo e parecia assim que ela queria apagar o que ela era, o que ela foi a vida toda e queria se transformar né, se transformar mas assim, não sei, eu acho que o marido dela contribuiu bastante, bastante pra ela chegar a esse ponto, até hoje ela não conta o que foi, e ele aparentemente pra mim, ele era um bom marido, toda vez que ele ia lá em casa ótimo, pra mim eu gostava muito dele como se fosse um filho, foi uma surpresa muito grande pra gente e depois ela não quis mais ficar com ele de jeito nenhum e começou a sair sabe pras baladas chiques assim e aí ela conheceu um outro rapaz e a gente não sabendo né, e com esse rapaz, que ela morava só, não morava com a gente, e aí ela

começou a sair, a beber, e já tomando remédio e cometeu essa loucura, mas ela não lembra, ela não lembra, isso foi em janeiro de 2016.

Perguntei: Qual foi a loucura? Ela respondeu: ela se jogou do 5º andar do prédio.

Perguntei: da casa dela? Ela falou: não porque ela se separou do marido né, eu acho que se separaram legalmente em novembro, eu não lembro bem como, se ela já tava legalmente divorciada mesmo, eu sei que ela se envolveu com esse rapaz, foi tudo assim muito rápido e ela saindo com ele, ela começou a beber, ela não bebia, ela não bebia antigamente quando ela tava casada, com a gente ela nunca bebeu, a gente nem sabia que ela tava bebendo, aí parece assim um transtorno mesmo de personalidade que ela mudou, aí ela começou a sair com esse rapaz, aí ela só andava toda bonitona, assim como ela tá agora, só que agora ela tá calma, ela mudou totalmente.

Perguntei: Nessa época ela tomava remédio? Ela falou: quando aconteceu isso ela já tomava, ela tomava remédio, mas era, eu não sabia o que era, ela só disse que tava passando por depressão e tomava os remédios, mas eu não sabia que ela bebia ela tava morando só, e numa dessas saídas com esse rapaz já que já era outro né, não era mais o marido dela, parece que ela viu não sei o que pela internet, aí foi lá no apto dele, parece que ela viu a foto dele com a ex, não sei o que, aí ele chegou ela já tava lá, assim que ele contou pra gente né, e ela foi logo falando assim pra ele: “tira aquela foto do face” e ele falou que não ia tirar e ela só fez pegar assim e se jogou pela janela do prédio dele do 5º andar, aí ele ligou pra gente aí que nós fomos saber. Mas aí a gente já tinha vindo aqui no CAPS, ela já tinha sido acolhida pela assistente social pela primeira vez, e quando era pra vir na segunda consulta com a doutora e tudo, já tinha acontecido esse episódio, aí desde então ela não voltou mais pra casa dela, que era alugada né, ela ficou com a gente até agora e a gente diz que de lá ela não sai tão cedo.

Perguntei se ela havia sofrido algum dano físico? Ela respondeu: só Deus mesmo, ela teve uma fissura numa das vértebras e ficou um tempão de cadeira de rodas e depois de muleta, e quando nós viemos aqui pela segunda vez com a assistente social, que o meu marido veio dizer aqui né, ela veio de cadeira de roda, falou com o psicólogo e psiquiatra. Aí ela ficou até ela poder andar de novo, aí foi assim, aí desde lá até agora, eu acompanho tudinho ela, em tudo mesmo, nas consultas, só não entro com o psicólogo, fico aqui tudinho direto, vendo ela. Assim ela passou uns meses afastada do trabalho, aí ela começou a voltar a trabalhar, e eu ali, eu digo assim mesmo, parece assim que ela é uma criança e eu tomo conta dela, pra brigar também, porque eu brigo também com ela. E depois disso, depois com o passar do tempo ela se afastou lá do cara, ela começou a ficar mais consciente e hoje a gente pode dizer que ela tá

bem, tomando todas as medicações tudinho, ela tá bem, mas foi assim uma coisa muito inesperada na nossa vida, na nossa família, mas ela tá bem.

1.1) Você pode me contar um pouco da sua história?

R: Primeiro no começo eu fiquei muito arrasada chocada com tudo né, e... o meu marido ele é militar e eu acho ele assim muito rígido, sabe muito rígido assim, e as vezes eu queria, devido eles moraram lá um tempo lá em casa, ela e o marido, eu achava que o meu marido era muito rígido com eles, em termo com ele mais, o meu genro também era muito assim, foi tipo um choque de personalidade do meu marido, do meu genro e a minha filha, ela também, quer dizer que eram três personalidades totalmente diferentes, como eu direi assim, fortes nenhum queria ceder, eu lá quando a gente tava todo mundo junto, eu ficava sempre tentando conversar, sempre assim na hora da refeição, mas todo mundo calado, parece assim que todo mundo tava com raiva; aí quando aconteceu isso eu quis culpar o meu marido sabe, mas eu não dizia nada, aí mudou um pouquinho assim, mas agora, não, não culpo não porque eu digo assim, eu falo assim mesmo, hoje eu me conformo assim né, se alguém errou todos erraram, eu falo brincando não tem nenhum inocente, todos erraram porque na minha omissão assim de não chamar o meu marido e o meu genro e falar coisas fortes que se fosse hoje eu falaria, porque eu pensava assim..., porque o meu genro ele tem só o nível médio, e eu acho que ele se sentia assim é como se fosse, se sentia mal humorado lá com a gente sabe, porque ele não é daqui é do nordeste, ele é daquele tipo antigo, que eu acho que ele se sentia mal porque não tinha um emprego bom sabe, e só vivia assim com raiva, ele o meu genro, parecia assim que ele se sentia humilhado, sei lá, mas sem ninguém fazer nada, porque a gente tratava ele como um filho, mas eu acho que ele se sentia inferior a minha filha, por ela já ter o nível superior, ou por ela já tá trabalhando, por tá lá morando com a gente lá tudinho e parece assim que ele se sentia inferior e ficava com o humor lá muito desagradável e o meu marido também, e por causa disso eles foram morar só.

E a gente pensava que eles morando só eles iam viver melhor né, não tavam mais morando com a gente, tinha tudo pra melhorar né, tinha tudo pro casamento dar certo. Só que eles passaram três anos morando só, e parece que piorou de vez sabe, eu não sei o que foi que aconteceu, que até hoje ela não conta. Mas eu acho que do pouco que ela fala assim pra mim, ela dizia que ele era muito grosso, frio e daí, eu que penso assim, isso já é eu que penso né, aí quando ela começou a trabalhar, que ela começou a ter outras amigas né, porque quando ela era criança com a gente, ele nunca foi de sair, de ir pra balada, a vida dela era estudar mesmo, ela não teve essa vida de como a maioria dessas meninas tem hoje, que ficam dançando até altas horas, não ela nunca teve, então ela saiu praticamente assim pra casar né, e parece que

com ele, ela começou a sentir falta disso, aí eu acho que ele não queria sair, aí ela começou a sair só sabe, aí começou o casamento deles assim.., aí no começo eu sofri muito porque eu queria entender o porquê né, tipo assim arranjar um culpado, quem era, o meu marido, o meu genro, eu, por as vezes perceber as coisas lá e não brigar com o meu marido e com o meu genro, eu fazia de tudo pra viver bem, aí eu fiquei por muito tempo revoltada, mas não com ela sabe, e sim com, o meu marido e com o meu genro, mas agora não, eu digo que aconteceu, porque tinha que acontecer mesmo e só agradeço a Deus de ela tá aqui.

2) Como você sentiu quando soube do diagnóstico de Transtorno Bipolar de sua filha?

R: Olha quando eu soube mesmo a confirmação, foi depois que ela fez isso... Eu fiquei triste, fiquei arrasada e mesmo porque muitas pessoas dizem que ela nunca vai ficar totalmente curada, que ela vai ter momentos, que vai chegar uma época que ela vai ficar triste de novo, muito triste né, aí isso me deixa triste, e a preocupação também que eu tenho é porque ela tá nova ainda e futuramente ela vai ser mãe, aí eu penso também, o meu medo também né, que eu já soube também, que quem engravida pode também, que já teve depressão, pode ter um quadro na gravidez, quando tiver o filho, isso que me deixa triste.

2.1) E como é para você vivenciar essa experiência hoje?

R: Olha no começo foi muito difícil, muito mesmo, ela ficou pra mim igual como se ela fosse uma criança, porque aonde ela vai, se demora eu ligo sabe, aí se ela demora um pouquinho, se ela demora e mandar uma mensagem, eu fico ligando pra ela, mandando mensagem, aí quer dizer que mudou foi isso, que agora é como se eu tivesse uma filha criança ainda, aí mudou a minha vida nesse termo, porque ela sai eu fico muito preocupada, aí mas ela fica ligando direto, mandando mensagem, que ela sabe que eu me preocupo, isso que mudou, isso foi a mudança, mas eu vendo sempre ela eu percebo quando ela tá bem, eu percebo quando ela não está.

3) Como você se percebe neste momento de sua vida?

R: Hoje em dia eu posso dizer que, hoje agora né, depois já tá com mais de um ano, que ela começou mesmo aqui, que quando ela cometeu esse negócio, essa tentativa, já fez um ano em janeiro (2017), então eu posso dizer que hoje eu estou bem porque eu tô acompanhando ela direto e vejo que ela tá bem, aí isso faz eu me sentir bem, de ver que eu tô perto dela, que eu tô acompanhando tudo, e vendo que ela melhorou bastante.

4) Você vivencia aspectos positivos e dificuldades na relação com sua filha com Transtorno Bipolar?

R: Não

Aspectos positivos: positivo eu vejo agora porque, agora parece uma coisa incrível, quando ela era jovem e quando ela era casada, a gente não era tão próxima como nós somos agora, parecia assim uma coisa incrível, que antigamente eu pensava que era fase da adolescência, quando a gente quer conversar mãe, eles não querem, se afastam, aí só aquelas respostas pequenas, assim que ela era, casada então ela se afastou totalmente, ela se isolou, eu sentia assim que parecia que só existia o marido dela, não tinha mais a gente né, então quando aconteceu isso, nós se aproximamos muito.

Dificuldades: não nem um pouco, não tem dificuldade nenhuma, ela me ouve agora, a gente não deixa mais final de semana ela só, porque antigamente a gente viajava eu e meu marido, final de semana fora, às vezes ela ficava só na casa dela, mas agora não, a gente só vai se ela poder ir e eu não vejo nenhum ponto negativo nesse ponto sabe, eu acho que é até melhor a gente tá junto sempre, quando ela era adolescente e também quando ela tava casada, eu não podia falar nada, não podia perguntar nada, que ela não respondia sabe, e agora não, ela me houve mesmo, quando ela percebe que eu fico meio chateada, ela fica melhor, então melhorou. Mudando de assunto, mas eu é que falo pro meu marido assim mesmo: precisava ela passar por tudo isso pra hoje a gente ser amiga? Não precisava né.

4.1) Como é para você vivenciar esses aspectos?

R: É a gente tá sempre junto, ela tá morando com a gente sempre e aonde a gente vai ela vai com a gente, a gente não deixa mais final de semana ela só, porque antigamente a gente viajava eu e meu marido, final de semana fora, aí eu ficava...., as vezes ela ficava só na casa dela, mas agora não, agora a gente só vai se ela poder ir e aí..., mas eu não vejo nenhum ponto negativo nesse ponto sabe, eu acho que é até melhor a gente estar junto né, tá junto sempre né.

5) O meio externo influencia na doença da sua filha?

R: Eu acho agora não, mas no início dos primeiros sintomas influenciou.

5.1) De que forma influencia?

R: Olha quando ela começou aparecer os primeiros sintomas, eu acho que influenciou bastante, primeiro assim as amizades, ela era assim muito recatada assim, roupa, aí parece que com outras amizades assim, ela já queria ficar igual a umas amigas que ela arrumou aí, que eu não gostava e também no emprego, ela falava que tinha muito...., porque a minha filha ela foi criada com a gente assim, ela nunca precisou trabalhar, só estudar, ela nunca teve intrigas com amigas, eu acho que ela imaginava que era tudo perfeito né, que não ia ter briguinhas de colegas de trabalho, que não ia ter briga com o marido, porque a gente tava na nossa família é claro que de vez em quando eu e o pai dela a gente.. né...., mas com outras pessoas... , ela sempre estudou em colégio adventista e parece que ela tinha só amigas boas, e quando ela

saiu, quando ela ficou adulta pra trabalhar é que ela foi ver que no meio profissional tem muitas coisas assim de..., sei lá o que, nem sei explicar, tipo assim de inveja, uma quer ser melhor do que a outra, sabe assim, ela foi percebendo isso que antigamente ela não tinha, mas eu disse: “filha, mas eu sempre te falei que não vai adiantar confiar em todas as colegas, tem coisas que as pessoas não gostam de ver a gente bem”, e ela parece que acreditava em todo mundo, todo mundo era bom pra ela, eu acho que influenciou isso também naquela época. Agora não influencia, porque eu acho que ela amadureceu né, agora não influencia nada não, agora ela sai consciente, no início eu acho que influenciou ela ter.

6) Como você se sente hoje com relação ao futuro?

R: De vez em quando eu fico assim preocupada, assim só poucas vezes, que eu falo brincando assim pro meu marido, parece assim que ela ficou muito dependente de mim e eu dela, aí eu falo brincando, se ela engravidar eu vou ter que tá perto dela, isso me preocupa assim de vez em quando, e, mas eu tenho esperança né que ela fique bem, bem, que possa superar tudo isso, que possa vir uma gravidez, se eu não tiver mais aqui né; aí de vez em quando vem só isso na minha cabeça, mas não fico pensando direto nisso não, eu digo assim ela tá bem vamos viver o momento, não quero ficar pensando, ou quando eu não tiver mais viva e ela ficar grávida ela pode ter de novo, eu não penso isso, eu penso positivo, eu penso que ela vai ficar bem e vai....bem mesmo, eu penso que isso foi só uma fase muito terrível na nossa vida, mas que eu tenho fé em Deus que tenha passado, mas eu sei também que ela vai ter que tomar a medicação pra sempre, isso eu sei tudinho né, a gente conversa muito eu e ela, e é isso, eu não fico pensando muito no que pode acontecer.

Perguntei: E esse tratamento aqui no CAPS a senhora acha que ajuda a sua filha? Ela respondeu: bastante. **Em que sentido?** Ela respondeu: porque além da medicação tudinho, todos daqui, eu acho que aqui o pessoal foi uma benção de Deus esse CAPS aqui, todos os funcionários, incluindo a assistente social, que foi a primeira que acolheu e todos tem muito....a doutora, as psicólogas, todos os funcionários fazem eles se sentirem muito bem sabe, todos que chegam, eu já vi pessoas chegando aqui muito mal e são super muito bem tratados, que a gente pensa que aqui nem é um órgão público sabe, então aqui faz muito bem pra ela, não sei se ela estivesse em outro lugar se estaria tão bem.

Perguntei: E ela veio procurar o CAPS como? Através de quem? Ela respondeu: ela foi indicada por uma amiga dela da Universidade também, que passava por um problema, e ela que indicou, que eu nunca tinha ouvido falar, aí na época que ela morava só também né, mas que ela já tava separada, daí ela falou: “mãe a minha colega me indicou (que eu já sabia que ela tava no início da depressão) o CAPS é pra fazer tratamento, pra gente acompanhar tudo,

pra falar com o psicólogo tudo, mas eu tenho que ir com a senhora”, aí ela perguntou se eu podia vir, eu disse tá, nós viemos, foi daí, foi tudo indicado por essa amiga dela e aí foi assim que nós viemos conhecer o CAPS.

Perguntei: A senhora tem conhecimento do que é o transtorno bipolar, que tipo de doença é? Ela respondeu: olha logo no início eu pesquisei lá internet né, que eu fui lá ver, tem vários tipos de transtorno né, tem uns que causam tá bem, depois de repente tá muito triste, tem uns que tão bem, depois fica com muita raiva né, tem vários tipos transtorno, o dela não é assim que ela fique com raiva assim, revoltada, podia até ser na época em que ela tava com o marido, que parece que ela passou por essa fase, mas o que eu vejo assim é mais, tá bem, aí num dia tá meio triste, eu acho que é isso, o dela é assim, aí nesse ponto eu fico preocupada assim, que uma vez ela perguntou: “mãe eu não vou ficar bem, será que eu não vou mais ter uma vida normal com esses remédios?” (mas foi logo no começo que ela questionou), vai sim vai ficar bem, tomando tudinho vai sim, vai ter uma vida normal como todo mundo né, aí então o caso é assim de transtorno bipolar, no caso, que eu sei, é assim, que ela tá bem e de repente ela pode ficar triste.

Perguntei: quantos remédios ela toma por dia? Ela respondeu: ela toma um fluoxetina, a noite toma dois lítios, um quetiapina e mais um que eu esqueci o nome, então diminuiu bastante, logo no começo eram muitos, mais aí eu sei que com o tempo ela vai ficar só com o lítio parece, eu vou acompanhando, eu entro, eu vou lá na sala com a doutora, eu fico vendo, os remédios ficam comigo, porque tem casos aqui, que eu vi que as pessoa quando..., que eu fui muito recomendada que o acompanhante tem que ficar cuidando da medicação, que numa das crises deles, eles podem tomar todo o remédio e tomar só de uma vez ou então esquecer de tomar, aí eu que fico tudinho, eu que vejo a hora tudinho, e aí eu fico torcendo né pra ir diminuindo com o tempo, mas só que eu sei também que não pode tirar tudo de uma vez, depois com o tempo a doutora disse que vai diminuir e ela vai ter uma vida normal, o mais importante que ela voltou a trabalhar e tá assim como ela tá hoje. Então vendo como ela ficou e a gente vê agora que ela melhorou muito, muito, muito mesmo, e eu não me deixei abater não, eu fiquei forte lá né, apesar de eu não parecer ser tão forte, eu não me deixei ficar triste, nem com raiva, nem falar isso aquilo, eu acho que Deus dá força pra gente né, mas ela tá bem, agora eu vejo que ela tá bem, mas foi um choque muito grande na nossa vida, mas tamo levando, eu tenho fé em Deus que daí pra melhor.

5.3) Colaboradora nº 03 - Vania- pessoa com transtorno bipolar

5.3.1 Alguns dados do prontuário – acesso em 23/08/2017

Vania é paraense, estudante de direito, tem vinte e três (23) anos, solteira, é católica, reside no Bairro da Sacramento, foi acolhida no CAPS Renascer em abril de 2016 por demanda espontânea e tem como cuidadora a sua mãe.

Teve como queixa principal: ansiedade, insônia persistente, medo, alucinações auditivas, tristeza, angustia, choro fácil, delírios, ideias suicidas, mágoa persecutório.

O histórico da usuária quando deu entrada no CAPS: consciente, orientada, comunicativa. Relatou que apresentou a 1ª crise aos 18 anos, quando apresentou agressividade, crise de choro e desmaio. Foi medicada no Hospital das Clínicas em novembro de 2013. Apresentou a 2ª crise psicótica após o falecimento de um familiar muito querido. Foi tratada inicialmente como se fossem causas espirituais em igrejas. Em maio de 2014 decidiu procurar por iniciativa própria à psicóloga, e após foi encaminhada para o psiquiatra, que não conseguiu manter por questões financeiras. A usuária relatou que tem grande mágoa quanto à separação dos pais, que ocorreu quando ela era pré-adolescente. Até hoje tem dificuldade de aceitar a nova família do genitor. A mãe tem histórico de depressão. Relatou que era muito feliz até a separação dos pais, que sua fuga foi o esporte. Teve alteração de comportamento. Ficou irritada e agressiva. Fazia faculdade em uma Universidade particular, porém, teve que trancar pela falta de concentração nos estudos. Sobrevive da renda da mãe que é aposentada e da ajuda do Pai. Têm convivência familiar harmônica. Seu Projeto Terapêutico: Clínica Médica, Grupo de Referência Técnica, Grupo de Dança.

5.3.2 Entrevista - realizada em 19 de setembro de 2017 às 15h15min e transcrita em 23 de outubro de 2017.

1) Você sabe por que você frequenta o CAPS?

R: Sim. Porque eu tenho transtorno bipolar.

1.1) Você pode me contar um pouco da sua história?

R: Foi por volta de, parece que de 18 anos, eu já apresentava sintomas de agressividade, ora eu ficava depressiva, ora eu ficava com euforia, e foi num dia que eu tava indo para a igreja com a minha mãe que eu fiquei com raiva do nada, e eu fiquei com muita, muita raiva, muita raiva, depois eu comecei a chorar, aí no outro dia eu falei, mãe eu preciso de ajuda, eu não tô bem, foi que eu fui pro psicólogo, passei um ano e meio no psicólogo, depois que eu fui pra avaliação do psiquiatra e desde a minha primeira avaliação do psiquiatra sempre foi

bipolaridade, nunca outro diagnostico, mesmo bipolaridade. **Perguntei: que idade você tinha?** Ela respondeu: 19.

2) Como você sentiu quando soube deste diagnóstico?

R: Eu me senti assim sem chão, eu falei assim caramba, eu pensei que era depressão, ou outra coisa mais leve, mas transtorno Bipolar, eu jamais pensei que isso fosse entrar na minha vida é... (fez uma pausa).

2.1) Você já tinha algum conhecimento de Transtorno Bipolar, pra você ter essa ideia de que era alguma coisa mais grave?

R: Não, assim uma amiga uma vez falou pra mim, amiga eu acho que tu tens transtorno bipolar, ela é psicóloga, mas assim por alto, aí eu comecei a pesquisar o que era o transtorno bipolar, aí se encaixava tudo com o que eu sentia.

2.2) Como é para você vivenciar essa experiência hoje?

R: Hoje é muito difícil, porque tem muito preconceito, muita gente acha que a pessoa que tem bipolaridade, a pessoa que frequenta o CAPS é doido, a pessoa que frequenta o Hospital das Clínicas é maluco da cabeça, então eu sendo sincera, eu escondo pras pessoas isso, eu não digo. Quando eu vou pra psicóloga, eu falo que eu vou pro médico, mas não digo que é psicólogo. Antes mesmo, logo quando eu comecei o tratamento eu já tinha muita vergonha de falar, muita gente se afastou, porque eu tinha que ir pro médico e tinha toda a semana a psicóloga e todo mundo me perguntava o que tu faz nesse médico todo tempo, todo tempo, eu dizia ah! É um tratamento, não sei o que, mas sempre foi escondido, eu nunca dizia pra ninguém que eu me tratava de transtorno bipolar, porque eu tinha medo de ser rejeitada pela sociedade.

3) Como você se percebe neste momento de sua vida?

R: Eu me percebo estável. Estável porque eu já sei manipular meus sentimentos, a única coisa que eu não sei controlar é a raiva, não consigo controlar, se alguém me fizer raiva, eu fico com raiva de todo mundo, risos....., eu não consigo controlar, mas assim em relação aos outros....., quando eu penso que eu tô entrando numa depressão aí eu já tenho força, não bora lá, bora lá, bora dá uma sacudida que não é por aí.

4) Você vivencia aspectos positivos e dificuldades na relação com seu familiar cuidador?

R: Sim

Aspectos positivos: a minha mãe ela me apoia em tudo, em tudo o que eu fizer, ela é o suporte da minha vida.

Dificuldades: minha mãe é muito frágil, ela não sabe lidar com as minhas crises por exemplo, quando eu tô escutando vozes, ela não sabe lidar com isso. Eu converso muito com meu pai, o meu pai é o meu outro cuidador, ele que veio aqui pela primeira vez no CAPS comigo.

4.1) Mas quem lhe acompanha agora no CAPS é a sua mãe?

R: Quem me acompanha agora é a minha mãe, mas assim é só esse aspecto mesmo da fragilidade dela, mas o resto eu não tenho nenhuma queixa da minha mãe, ela é perfeita.

4.2) E você tem apoio do seu pai?

R: Tenho, tenho apoio, ele é o que eu mais converso sobre a minha doença. Eu caí da escada, aí sabe que tu sente quando tu é empurrada, pode acreditar, coisa de louco né, mas eu sou uma louca de pensar isso, risos... Eu falei pro meu pai: pai eu fui empurrada da escada, eu não caí pai, aí eu falei só pra ele, não falei pra minha mãe, porque pra ela é ruim porque ela é muito frágil, muito frágil, aí ela começa a chorar logo, aí eu não gosto de ver ela chorar.

4.3) Como é para você vivenciar esses aspectos?

R: É tranquilo a gente tem uma rotina muito tranquila, eu me dou muito bem com ela, mora só nós duas, a gente tem aquelas briguinhas de vez em quando, mas é normal.

5) O meio externo influencia na sua doença?

R: Sim

5.1) De que forma influencia?

R: Porque eu não sei lidar com a perda, a perda de um amigo, a perda de um ente querido, a perda de alguém próximo, eu não sei lidar com a perda, eu fico logo triste; por exemplo, assim se um rapaz chega pra conversar comigo, tá conversa e a gente mantém uma relação e quando a gente termina, eu não sei lidar com esse termino, eu fico mal. Só esse aspecto mesmo da perda é que eu não sei lidar.

6) Como você se sente hoje com relação ao futuro?

R: É porque nesse momento eu não tô passando por um dos meus momentos mais estável, eu parei a faculdade por conta da minha doença, eu tô vivendo um dia de cada vez, não tô pensando muito no futuro, porque eu tenho um sonho, um sonho não um objetivo na verdade, que é ser delegada da polícia civil, e toda vez quando eu penso na minha faculdade trancada, aí eu fico assim, meu Deus do Céu, tá cada vez mais distante o meu sonho da realidade, tá cada vez mais distante, o que é que eu vou fazer, aí..., (boceja) eu fico pensando assim: será se vai acontecer mesmo, será que isso vai atingir ao ponto de eu desistir de tudo, eu fico pensando isso.

6.1) E quando você se pergunta isso o que é que você acha?

R: Eu acho que sim, que eu vou perder tudo.

6.2) Mas por que você acha isso?

R: Porque, olha eu pego uma coisa pra ler, eu não consigo ler, eu não consigo, eu tô lendo aqui, mas eu tô pensando em outra coisa, que não tem nada a ver com a minha leitura.

6.3) Agora me fala um pouco dessa reunião de grupo no CAPS, no que te fortalece?

R: O GRT, não deixa de ser um grupo de ajuda, então os relatos que lá ocorrem são muito positivos e algumas vezes se encaixam no que eu vivo hoje, e de uma forma ou de outra eles me ajudam, eles me ajudam pra minha caminhada.

6.4) Você quer acrescentar mais alguma coisa?

R: Eu só gostaria de deixar aqui um parêntese pra pessoa que é portadora da doença de Transtorno Bipolar. *“Não desista que tem solução, pode não ter a cura, mas tem tratamento, não desista que a vida continua”*.

5.4. Colaboradora nº 04 – cuidadora e mãe da Vania

5.4.1 Entrevista - realizada em 19 de setembro de 2017 às 16h15min e transcrita em 24 de outubro de 2017.

1) Você sabe por que sua filha frequenta o CAPS?

R: Por causa da bipolaridade né, que foi detectado que ela tem, é oscilação do humor, é isso que ela trata.

1.1) Você pode me contar um pouco da sua história?

R: No início eu fiquei assim, eu não acreditava, não entendia o que tava acontecendo com ela, eu achava que era indisposição, que era até preguiça mesmo, porque achava impossível, mas com o passar do tempo eu fui acreditando, ela foi tendo é várias crises que ela gritava muito, ela dizia que tava vendo alguma coisa, ouvindo algumas vozes, eu fui me desesperando, e foi quando procuramos o CAPS, ela começou fazer o tratamento aqui e melhorou.

Perguntei: que idade ela tinha? Ela respondeu: quando iniciou mesmo, ela tinha 19 anos, mas é uma história muito longa, começou é por uma tristeza, ela entrou numa depressão pela separação de mim com meu esposo né; meu esposo conheceu uma outra pessoa e foi embora, então ele, ele era a menina dos olhos dela e até hoje ela fala muito nele, mesmo ela sabendo que ele tá errado, ela ama, continua amando ele e eu respeito. Ela foi ficando triste, foi ficando triste e eu tipo trabalhava, entrei depois numa depressão, que eu sentia muito a falta dele, aí eu fui passar um tempo em Barcarena, três anos em Barcarena.

Quando chegou em Barcarena, quando eu ia pro serviço, quando eu voltava, ela já tinha chegado do colégio, aí ela se deitava assim no chão da casa, a casa lá era imensa, aí eu

escutava quando eu entrava no portão, eu escutava, ela dizer: o meu pai, o meu pai por que tu fez isso comigo, e agora a minha mãe me trouxe pra cá, pra me tirar longe de ti (falou lagrimando, muito emocionada) e aí eu fiquei desesperada com aquilo.

Eu fui pra Barcarena e ele ficou em Belém, tinha a casa da mãe dele e era do lado, colada da nossa, e ele ia almoçar e jantar na casa da mãe dele, então eu ouvia a voz dele e aquilo me fazia mal e por isso eu resolvi passar um tempo em Barcarena, os meus filhos não queriam ir, ela tinha 12 anos e o Junior tinha 14 o meu filho, mas eu disse: “gente se eu não for pra lá, eu não vou suportar, eu preciso passar um tempo em Barcarena”. Como já tava próximo da minha aposentadoria, aí eu fui, e justamente era três anos que faltava pra eu me aposentar como professora, aí eu cumpri esses três anos lá, aí eu disse: “a gente só vai ficar três anos mesmo em Barcarena é o tempo que vocês terminam o ensino médio, e a gente volta pra Belém pra vocês fazerem a faculdade”, aí eles concordaram, o meu filho passou só um ano, não se acostumou e ela ficou comigo por ser menina né, aí quando a gente voltou, ela voltou a estudar normal.

Quando foi com 19 anos começou isso, esse desespero, essa coisa dela, ela não conseguia dormir, ficou ansiosa e mal, tudo o que eu fazia tava errado, ela me julgava, eu pensava, meu Deus, tudo o que eu faço pra minha filha....., o que tá acontecendo, e assim a gente procurou um médico, e hoje.... como diz..., a minha vida depende dela, somente dela, (emocionada) eu abandonei tudo, tudo pra cuidar dela, inclusive eu tive até numa crise sábado (se referiu ao sábado anterior a esta entrevista), porque ela entrou numa comitiva numa dança, uma comitiva pra sair pra dançar com os amigos, então eu não concordei, mas se eu desconcordar dela, ela fica mal, ela grita, ela não aceita um não, e ela entra em desespero e me machuca isso, aí pra não dizer não pra ela, eu não disse nada, só que ela já saiu uma vez, quando foi sábado que ela estava se arrumando com a colega, que os outros colegas já estavam esperando pra lá, até numa boate, não sei o que, chamada Curreal, este nome já me machucou, aí ela se arrumou e as lágrimas vindo, meu Deus, por que tá acontecendo isso comigo, e eu limpava as lágrimas antes dela descer, pra não perceber que eu estava desesperada, aí ela desceu, aí ela me viu, e disse: mãe a senhora tava chorando por que, o que aconteceu”? Nada menina, eu não sei minha filha, me deu assim uma tristeza e eu comecei a chorar. Aí ela começou a falar: “mãe eu não acredito que a senhora tá triste porque eu vou sair”, eu disse é minha filha porque tu vai sair, tanta coisa tá acontecendo no mundo, só tu e essa tua colega, eu não queria que tu fosse, aí ela também nem deu a mínima, pra mim foi um sufoco, um desespero, um desespero assim horrível que me deu, aí ela foi tomou bença e saiu, aí eu fiquei chorando, e a minha

sobrinha veio, e disse: “tia não chore, entregue na mão de Deus, diz pra Deus levar ela e trazer ela de volta tia”; tô fazendo isso minha filha, tô fazendo e foi, foi, até que eu me acalmei.

Quando foi no domingo né, assim à tardinha, eu convidei ela pra gente ir pra igreja, ela nem se mexeu, nem ligou pra mim, então aí quando ela fica assim nem liga, eu fico desesperada, eu não saio pra não deixar ela sozinha, aí ela não disse nadinha, e eu não fui pra igreja.

Depois ela desceu olhou assim pra mim: “tá pensando que eu tô satisfeita com o show que tu deste essa noite na frente da minha colega”, aí eu olhei assim pra ela, aí eu disse: minha filha eu também não tô satisfeita de ter acontecido isso comigo e nem de você tá falando comigo assim, mas Deus vai te curar e vai me curar, porque isso, isso não é normal que tá acontecendo comigo, porque não acontecia, eu vou ficar boa, vai passar isso, não te preocupa, aí ela não disse nadinha pra mim, não me respondeu nada, aí eu fiquei sabe triste ali, não dei mais uma palavra, porque eu acho assim, que eu percebi nela, que ela não gosta de eu estar junto dela, quando ela tá se divertindo, aí isso me fez ficar triste, eu percebi isso lá em Barcarena, aí aqui em Belém, eu constatei tudo aquilo que eu tava percebendo, aí ela fica triste.

Ela tem um amigo que vem visitar ela, e às vezes ele fala as coisas, ela responde, como assim, com grosseria, como a gente diz assim: vapti, vup, num tá nem..., nem observa a palavra que vai falar, às vezes eu digo pra ela: minha filha cuidado porque você já tem 23 anos, você trata as pessoas mal, ninguém tem culpa desse teu mal humor, desse teu problema de saúde, se a pessoa tá do teu lado, é porque gosta de você, trate bem pra você não ficar sozinha que nem eu estou, eu, você e o Junior, e hoje eu estou me sentindo só, porque tu tem a tua vida, eu tenho a minha e o Junior tem a dele (que ele tem família aqui), não queira isso pra você, enquanto eu estiver aqui tudo bem, e quando eu não estiver mais, como vai ser a tua vida, aí ela não me respondeu nada.

Então quando o amigo dela voltou ontem pra visitar ela, ela disse uma coisa pra ele que eu fiquei muito feliz, eu não sei se vai acontecer, porque ele, eu acho que ele está assim querendo iniciar um namoro com ela, mas ele também não gosta de sair assim pra balada essas coisas, ele tem medo, ele tá recente aqui, já morou aqui, morava no Rio, voltou agora né, aí ela disse pra ele: bora sábado pra igreja, ele falou assim mesmo: é esse teu programa aí eu posso me incluir nesse, mas negócio de Curreal nem pensar, não tinha outro nome. Aí ela disse: é a mamãe também se sentiu mal no sábado, eu acho que eu vou sair dessa comitiva, eu escutei ela dizendo pra ele, e eu entreguei na mão de Deus, pedindo que ela saia, porque ela sabe que não pode beber, ela sabe, eu digo pra ela assim, minha filha, a doutora falou que você não pode ingerir álcool, toda vez que a gente viaja ela te diz isso, mas no meio de todo mundo, de

repente alguém, é possa diante que tem umas brincadeiras meio loucas agarrar na mão dos outros e botar o álcool na boca né, eu já tive, eu fui jovem, eu como não fumava, um amigo levou as minhas mãos pra trás e colocou cigarro na minha boca, eu lembro disso, então é isso que eu digo, aí eu digo pros amigos dela que vão em casa, que ela não pode tomar nenhum tipo de álcool, porque ela pode ter uma overdose, ela toma sete a oito remédios por dia, e se isso acontecer, como é que vocês vão chegar com ela perto de mim, eu sempre digo, ela não gosta que eu diga isso, eu digo minha filha eu tenho que falar isso pro teus amigos, porque ninguém sabe o que tu passa e o que eu passo contigo, aí eu não sei se é por causa disso que ela não gosta, porque quase todos os amigos, as poucas amizades que ela tem, são poucos, gostam de beber, e eu não gosto eu fico desesperada, então eu acho que é isso que tá me desestruturando.

1.2) Perguntei: qual a igreja a senhora frequenta?

R: Eu sou católica, ela tá até afastada de lá (a filha), sábado (se referiu ao próximo sábado após esta entrevista) tem reunião, ela participa do grupo de jovens de lá. Então é assim, sempre eu procurei fazer o gosto dela, ela tava fazendo a faculdade, ela teve que parar, ela lhe falou? Ai isso também tá deixando ela muito triste né, ela não consegue é levantar a cabeça pra ir caminhar, e ele chegou esse rapaz, convidou e levou ela uns dois dias pra caminhar, só que agora ele tá fazendo um curso e começa oito horas da manhã e termina seis da tarde, quer dizer ele não tem mais aquele tempo, ele disse: eu quero ajudar a sua filha, eu contei a história dela pra ele, porque ela já tinha iniciado, já que ele já sabia, aí contei pra ele, que eu queria alguém que gostasse dela, que levasse ela pra caminhar, que fizesse ela sorrir, que viesse pra somar com ela, pra me ajudar, porque ela era uma pessoa boa, ela não era assim, sei que ela vai ficar boa, ela vai sair desse quadro.

2) Como você se sentiu quando soube do diagnóstico de Transtorno Bipolar de sua filha?

R: É porque eu não tinha conhecimento de Transtorno o Bipolar eu não fiquei desesperada, eu imaginei assim que era uma oscilação de humor como eu estava vendo ela, um dia ela tava bem, um dia ela tava mal, mas não tinha nada de anormal pra mim, aí quando eu vi as crises que foi dando nela aí eu me desesperei, no início eu não acreditava naquilo que eu tava vendo, eu achava que aquilo era coisa, como se diz sobrenatural, não era normal aquilo no ser humano, aí eu comecei dizer pra ela rezar, porque ela é uma moça muito difícil a minha filha, a fé dela eu digo pra ela, a fé dela é pouca, ela disse: “como tu sabe mãe, tu não tá dentro de mim”, eu digo, pelas tuas ações filha, eu não vejo tu lê a bíblia, eu não vejo tu fazer uma

oração, tu só vai na igreja porque eu te cobro eu digo, se tu não for na igreja, tu não vai pros teus passeios.

É assim que eu cobro ela desde pequenininha e ultimamente é..., não sei se é por causa dessa coisa dela não querer ter vontade de sair, ela tornou a começar não querer ir mais pra igreja, eu comecei a dizer: “tu não vai pra igreja, pois tu não vai pros teus passeios”, aí quer dizer ela: “não, eu vou ter que ir pra igreja, porque se não a mamãe não deixa eu ir pros passeios”, só que ultimamente eu sinto que eu tô perdendo o controle dela, que eu tô aceitando mais as vontades dela, e aí eu tô desesperada com isso, até ontem eu liguei pro pai dela, que era pra ele vir conversar comigo, porque por ela gostar muito dele, ela escuta ele, ela não gosta que eu fale as coisas pra ele, que ela faz comigo, mas ele é o único meu socorro, ontem eu liguei pra ele: “ô eu preciso que tu venha aqui conversar comigo pra me ajudar”; porque eu me sinto assim só eu e Deus, mas tem ocasião que eu me desespero, que eu não sei o que fazer, como nesse dia que eu não queria que ela fosse a noite pra festa com a colega dela, e ela sabia que eu não queria que ela fosse, mas eu não tive força pra dizer tu não vai, eu não tive, porque fiquei com medo de ela se rebelar contra mim ter uma crise, simplesmente foi isso, é isso que tá acontecendo comigo.

2.1) Como é para você vivenciar essa experiência hoje?

R: Deus só Deus, eu oro muito, eu rezo muito, clamo a Deus todo dia, toda hora, pra ele curar a minha filha, e me dar força e sabedoria, pra quando eu partir daqui ela esteja sarada. (falou chorando, tava muito emocionada)

3) Como você se percebe neste momento de sua vida?

R: Hoje eu tô me sentindo assim muito triste é como eu lhe disse, eu não sei o que fazer, não sei o que fazer, tô entregando na mão de Deus, mas eu sou feliz por ter ela e o meu filho do meu lado e Deus, eles são a minha vida, ela e o meu filho, mas tô muito triste por não saber como lidar com ela. (tava muito emocionada, fizemos uma pausa até ela se recompor).

4) Você vivencia aspectos positivos e dificuldades na relação com sua filha com Transtorno Bipolar?

R: Sim

Aspectos positivos: a cada dia eu tenho uma grande alegria de ver ela viva do meu lado, quando ela tá fora da crise, ela é uma menina alegre, feliz, isso me faz feliz de ver que a minha filha é uma pessoa feliz, ela apenas tá doente, então eu sou muito feliz de ter ela na minha vida.

Dificuldades: Eu vivencio assim de não saber é certas horas como não dizer um não pra ela, que eu tenho medo de ela se desesperar e vir uma crise. Também porque ela toma muito

remédio e tem uns remédios que a gente recebe aqui no CAPS e outros eu tenho que comprar e às vezes eu não tenho no momento e aí eu conto com a ajuda da minha família pra comprar no cartão pra dividir, porque o pai dela não tem uma situação financeira muito boa, e não ajuda como deveria ajudar, não a mim, a ela, são só essas as dificuldades.

4.1) Como é para você vivenciar esses aspectos?

R: Só Deus e a minha fé, porque ajuda eu não tenho de ninguém, eu só tenho ajuda de Deus, da assistente social do CAPS, da psiquiatra dela e da psicóloga dela, porque a minha família eu não tenho ajuda de ninguém, muitas pessoas acham que isso é preguiça dela e que eu faço tudo o que faço porque, tipo assim, ela me dominou, mas eu faço porque eu quero; porque a minha família não conhece né o diagnóstico, eles fazem pouco caso, a única pessoa que sempre diz assim: “minha filha não te preocupa isso vai passar,” é a minha mãe.

Quer ver quando eles veem ela assim deitado o dia inteiro, quando ela vai lá pro sítio, que tem igarapé, tem campo, tem coisa bonita lá pra ela tá correndo e brincando, e ela tá deitada, aí eles ficam julgando né “uma moça dessa tão bonita gorda, preguiçosa, só dormindo” aí isso me machuca, aí eu faço de tudo pra ela não ouvir, aí eu fecho a porta, eu não deixo ninguém perturbar ela, eu vivo exclusivamente 24 horas do dia pra ela, eu esqueci, eu fazia hidroginástica, eu não vou, porque eu tenho medo de deixar ela só, então eu tive um pico de pressão agora dia 06 de setembro, nunca a minha pressão tinha saído de 12/8, muitas coisas, meu pai doente, o meu pai tem 79 e minha mãe tem 75, num tá dormindo (mãe) e a minha irmã é viúva, e eu ajudando também e ela desse jeito (se referiu a filha), aí eu me preocupei tanto, tanta coisa eu acho que sobrecarregou sobre mim, que a minha pressão subiu, ficou em 18, aí eu fui parar num hospital, me sentindo muito mal, um sufoco, uma dor de cabeça, uma dor aqui desesperada, aí depois que me deram um remédio rápido pra pressão, que eu melhorei e voltei pra casa, aí eu tô com médico marcado pra amanhã, cardiologista.

Nunca a minha pressão tinha subido, nem quando a gente fica gestante, nunca subiu a minha pressão e agora eu tô com 57 anos né, quer dizer, acho que foi um alerta, te cuida, porque até médico meu já faz dois anos que eu não faço o meu check-up, não fiz nada, não fiz nada mesmo, pra não deixar ela só em casa, porque é só eu e ela, aí se eu for pedir pra um vizinho ou um irmão olhar ela pra mim, aí eles dizem tá, tá, vai, aí quando eu chego, não tem ninguém olhando ela, aí eu acho que esse meu desespero tá causando isso em mim, que eu não tô sabendo me controlar.

5) O meio externo influencia na doença da sua filha?

R: Não, ela conversa com todo mundo, ela brinca, é como se nada ela tivesse, é quando ela está em casa junto com a gente é que sempre dá essas crises, quando ela tá fora como você viu

ela conversa comigo, ela conversou com a senhora, nunca deu esse problema dela na rua nunca, ela convive normal no meio externo, ninguém diz que ela tem esse problema quem não sabe, só admite quando vê ela na crise, eu tenho um irmão também que agora ele viu ela com crise, aí ele acreditou, porque eu fiquei 3 anos só eu e ela que sabíamos disso. O pai dela nunca tinha visto ela na crise, aí quando foi uma vez ele chegou em casa e viu ela na crise, ele ficou desesperado, aí ele olhou assim pra mim e disse: “é só agora eu tô entendendo o que tu tá vivendo”, porque ele sabe como é a minha vida pelos filhos.

Até a minha mãe diz pra mim, “minha filha eu nunca vi uma mãe assim, tu és demais por esses filhos”, aí foi quando ela começou a ver o que tava acontecendo com ela, ela disse: “é, mas só agora eu entendi”; porque eu não falava pra ninguém, porque eu ficava com medo do julgamento, eles só foram saber quando foram vendo as crises acontecendo, como aconteceu na casa da minha mãe no interior em Barcarena.

5.1) Eu novamente perguntei, quer dizer que o meio externo não influencia na doença dela?

R: Não, quanto mais ela tiver alegre rindo, conversando tá tudo bem pra ela, isso que tem hora assim que eu às vezes não entendo meu Deus por que acontece isso com a minha filha, quando ela tá ocupada assim brincando, rindo não acontece, lá na Faculdade aconteceu duas vezes, ela começa sentindo a dor de cabeça é uma dor imensa, ela teve que vir pra casa. Aconteceu uma vez na igreja, ela tava em oração, aí ela começou a sentir dor de cabeça e desmaiou, aí vieram deixar ela em casa, nesse dia ela não quis de nenhum jeito que eu fosse pra igreja com ela, disse: “não, eu quero ir sozinha, eu quero ir sozinha”, parece uma coisa assim, meia hora depois que ela tinha saído de casa, trouxeram ela, ela desmaiada, aí eu fico desesperada, por isso o meu desespero de ela sair só.

5.2) De que forma influencia?

R: sem resposta

6) Como você se sente hoje com relação ao futuro?

R: Eu, preocupada, o meu futuro eu não penso em mim, eu penso nela, muito preocupada assim de ela sarar logo e ficar boa, porque o meu futuro daqui pra frente é seja o que Deus quiser, é como eu disse pra ela depois dos 50 anos, papai do céu tá preparando a minha casinha, então ele pode me chamar e eu posso partir, eu digo isso pra ela, então o meu futuro é a minha preocupação com ela, com a saúde dela, que ela fique boa antes de eu partir.

7) Quando tempo ela é assistida aqui no CAPS?

R: Três nos e meio eu acho, quatro anos de tratamento entre psicólogo e psiquiatra.

8) A senhora gostaria de falar mais alguma coisa?

R: A única coisa que eu queria dizer pra todas as mães “que tenham muito amor e muita paciência, porque o remédio cura 50%, mas os 50% que vai curar é a paciência e o amor de cada uma de nós, sem o amor não existe cura e o de Deus é o principal, a fé”.

6. DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS

As entrevistas foram analisadas de modo a nos detemos na linguagem das mesmas para colhermos delas facetas importantes de suas vidas, mais especificamente da fenomenalidade que acontece nas relações, seguimos a sequência realizada pela pesquisadora e nos detemos nas ideias como foram apresentadas pelas respondentes. Em cada entrevista levamos em conta as questões da pesquisadora/entrevistadora e as respostas das entrevistadas, estas últimas sempre entre aspas. Nestas, nos detemos na linguagem em primeira pessoa, na entrevista de um modo geral, usamos a terceira pessoa, assim transcorrerá a discussão das mesmas à luz da fenomenologia da vida de Michel Henry:

6.1 Entrevista com Joana

Na primeira questão referente a se Joana sabia por que frequentava o Centro de Atenção psicossocial - CAPS, ela demonstra ter consciência de uma depressão moderada. Joana comenta que situações na sua “vida pessoal” desencadearam “crises muito mais fortes”, de modo a ela ter saído de seu plano de saúde e por “livre vontade” foi ao CAPS.

A pesquisadora solicita que Joana conte algo de sua história e ela conta como estava a sua vida do ponto de vista educacional: se graduou, fez especialização e mestrado; casada e concursada pública. Ela comenta que “a vida tinha tudo para ficar tranquila”, pois atingiu suas metas em curto espaço de tempo. Mas o que lhe parecia um bem e “uma vida que era bem tranquila”, por todos esses logros, transformou-se em insônia, não estudava nem trabalhava mais. Seu desejo nesse estado era “ficar em casa dormindo” com o intuito e esperança obscuros: “esperando não sei o que acontecer”. A vida para Joana poderia ser tranquila, mas indica que não era. Traz já uma questão do futuro, uma esperança inespecífica, que esclarecerá mais ao final da entrevista.

Joana afirma não querer “a vida que eu mesmo escolhi (...) então foi um descontentamento” que foi crescendo após “esse ocorrido”. Neste momento, ela nos dá a entender que houve um episódio, mas ela tinha comentado de várias situações e uma série de sintomas que mudaram sua vida. A partir da fenomenologia da vida de Michel Henry pudemos ver que a vida que temos não pode ser escolhida, ela surge em nós desde a concepção e nascimento e prossegue em todo nosso percurso. Podemos escolher seguir algumas metas, como Joana escolheu: estudar pedagogia, fazer pós-graduação e ser concursada, mas a vida que ela tem e as transformações que surgiram fugiram de seu controle ou de seu desejo, sua vida “desandou”.

Joana nos mostra que aconteceram coisas boas e outras más em sua vida. A entrevista vai ocorrendo e ela conta que também se divorciou com cerca de 26 anos, idade que ela não consegue precisar exatamente. Aqui ocorre uma significativa separação em sua relação conjugal, que irá explicar mais à frente, na entrevista.

A entrevistadora pergunta a Joana o que sentiu quando soube do diagnóstico, mas antes de seguir a análise da resposta de Joana vale a pena nos determos nesta pergunta. A entrevistadora questiona o que ela sentiu quando soube do diagnóstico médico, ou seja, busca a lembrança de seu sentimento em um acontecimento único, a saber: quando recebeu o diagnóstico, mas se refletirmos a partir da fenomenologia da vida, percebemos que antes de receber qualquer diagnóstico Joana vivia e sentia uma série de manifestações afetivas, como sentimentos de bem estar pelos logros educacionais, profissionais, econômicos (“compra de carro”, por exemplo) e o casamento, que se transformaram em vivências depressivas sem esperança, sem perspectivas futuras: “esperando não sei o que acontecer”.

Joana então responde que “não queria muito aceitar” e descreve uma série de sintomas da depressão moderada que a perduraram por seis meses. Ela conta que “queria que o médico me desse um diagnóstico”, pois ficava ansiosa sem conseguir dormir. Neste momento, ela se direciona a alguém (o médico), buscando na relação com este profissional uma ajuda (diagnóstica e medicamentosa) quanto a não poder dormir e para sua ansiedade.

Conta de melhoras e pioras durante o tratamento médico e da psicoterapia. Revela então que nesse momento começaram as compulsões a comprar; não dava satisfações ao seu marido nem ao trabalho. Diz que ficou rebelde, rindo da situação. Comenta que esperava pelo diagnóstico e chegou a questionar que tais acontecimentos eram justificados pelo diagnóstico ou porque não queria mais “essa rotina na minha vida”. Neste momento dá a entender que Joana não estava satisfeita com o que chama de rotina em sua vida. Ela afirma que não se “sentia capacitada para tomar decisões” e “ficava esperando até que ponto um laudo, um diagnóstico fechado me daria um amparo”. Era um “amparo” que ela necessitava para tomar decisões as quais não se sentia capacitada a fazer. No entanto, amparo só pode vir de uma pessoa, não de um suposto diagnóstico, coisa abstrata, racionalizada, uma ideia, um conceito.

É interessante que ela explica o que é para ela a bipolaridade: “bipolaridade não é assim um diagnóstico de um dia pro outro, foi mais de um ano pra de fato fechar mesmo né, lógico que as suspeitas eram bem claras”. Joana relatou episódios maníacos, compulsivos, “atitudes de riscos”. Relutou mas aceitou o diagnóstico, pois ela mais do que ninguém sabia o que sentia e ocorria na vida dela, a partir de dentro. De acordo com Martins (2017, p. 9): “a vida em que vivemos é a vida que de si se faz prova em suas impressões odoríficas, tácteis ou

outras; vida que na matéria de sua fenomenalidade de nada mais precisa para se fazer anunciar do que dar-se a provar em suas impressões”.

Joana não queria inatividade em sua vida, vejamos: não queria “parar a minha vida por causa disso, então o tratamento é levado a sério”, na época ela ficou “muito rebelde” e falou “ah, não sei mais se eu quero viver”. Era a vida dela que estava em jogo, parar a vida é perder o movimento, a ação na vida, então ela pensa no suicídio, pois naquele momento perdia a esperança na vida! No entanto, o diagnóstico deu-lhe esta esperança, ela mesma afirma: “quando de fato eu vi que era esse o diagnóstico e tinha o que fazer, que era um tratamento com seriedade, aí foi o suficiente para eu ficar mais consciente”. Ter mais consciência também parece ter despertado nela uma esperança.

A pesquisadora pergunta a Joana como é vivenciar essa experiência hoje. Ao que Joana responde que está vivendo um bom momento há alguns meses, que os colegas de trabalho percebem a melhora em sua depressão e que ela não assume ter transtorno bipolar diante de seus colegas. A pesquisadora questiona os motivos de não assumir e Joana responde não ter confiança nas pessoas, apenas em duas mais próximas. Neste momento a pesquisadora coloca sua opinião, de modo a pôr em trânsito a relação na entrevista, mostrando a ignorância das pessoas por desconhecimento ou discriminação e que não é bom para quem tem a doença. Joana continua expressando que “dias maus todos nós temos”, mostrando a universalidade desse estado emocional e em seguida conta que vez ou outra chega ao trabalho irritada, mas sem agredir ninguém, apenas não quer se comunicar ou se relacionar. Vejamos o que ela disse “não quero papo, quero chegar, fazer as minhas coisas, não tô a fim de conversar”. Aqui vemos que ela tem clareza que há momentos nos quais não quer se relacionar, é assim que nos mostra a fenomenalidade de suas relações, por vezes necessita de um isolamento, uma restrição aos relacionamentos.

Conta que as pessoas mais próximas (diretora e chefe) sabem “mais ou menos” sobre sua situação, porque ninguém sabe mais do que ela, que sente a si mesma, como nos conta na entrevista. Fala da família, da vergonha que teve em mostrar seu primeiro atestado: “eles não vão acreditar que eu estou tão mal assim”, depois ela diz que ela mesma não acreditava, que ficava em um “dilema” e dificuldades em “gerenciar as expectativas da gente mesmo, nem dos outros”. Joana nos conta de um gerenciamento das relações, com ela e com os outros, às vezes ela está mais irritada ou triste. Conta que precisou “adquirir confiança de novo” em seus pais, o que mostra que chegou a não confiar neles. Ela conta que hoje se sente melhor. Interessante como ela expressa, ouçamos o modo dela revelar seu sentimento após a confiança nos pais: “hoje eu me sinto melhor, me sinto...”.

Após dizer que se sente melhor, afirma “me sinto”. Michel Henry mostra no primeiro capítulo da *Genealogia da psicanálise* como sentimo-nos sentir, sinto ver, sendo a afetividade o que há de mais originário na vida.

Na crítica ao distanciamento da vida em Genealogia da Psicanálise: o começo perdido encontra-se uma boa explanação henryana, ou seja, a tese central do livro fala sobre o esquecimento da vida como autoafetiva e autoimpressiva, o que conduz a filosofia moderna e contemporânea a relegar a vinda da vida como afeto, e a privilegiar o aparecer na exterioridade e tomá-la como fundamento. (Wondracek, 2015)

Joana não se considera doente porque acredita estar estabilizada. Diferente do sofrimento diário dos dias que sentia depressão. Ela não se queixa de estar em depressão e compara à hipertensão: “esse já não é mais o foco da minha vida, eu tô doente, eu tô com saúde, eu faço tratamento.... não, faz parte agora”. O que ela revela é que o leque de seus interesses se ampliou.

Após a questão de como se percebe neste momento de sua vida, Joana responde que se sente mais confiante em prosseguir a sua vida. Diz que não vai “se meter em circunstâncias parecidas”, que agora é mais prudente, tem mais cuidado em não se expor em situações parecidas às outras que teve no passado. Mas ainda persistem dúvidas em relação ao futuro, ela diz: “lógico que tem aquelas questões né de segurança, ah! Como vai ser daqui pra frente, eu tenho receio, mas a gente vai vivendo um dia de cada vez, até estruturar de novo a vida, da forma que eu espero”. Necessidade de segurança diante de suas inseguranças. Ao dizer “até estruturar de novo a vida”, nos mostra que parece sentir que há algo ainda desestruturado, mas mantém a esperança na transformação.

A questão seguinte busca compreender os aspectos positivos e dificuldades na relação com o cuidador. Joana se dirige imediatamente a seu ex-marido, é a relação com ele, pessoa mais próxima, a temática de sua resposta. Ela adoeceu e disse que ele não acreditava nela, que estava preocupado em que ela iria perder o emprego, mas ela lhe garantia que não, pois era concursada. “Ele via como eu tava, mas não acreditava” que ela precisava de tratamento. Joana conta que com o passar do tempo “ele ficou mais compreensivo”.

No curso de seu pensamento dá entender que ele fazia algumas coisas, mas não ficava claro, vejamos: “vez ou outra ele fazia... (pausa), ele (...) eu não sei”. Comentava que voltava da terapia com mais segurança, que conversava com ele, como ela expressa: “conversei e tal, descobri que um ponto, sei lá, de eu tá muito, muito mal, pode ser esse e tal, e ele fazia coisas assim que...(pausa) que eu ficava...como a pessoa chega bom né, chega melhor né, era sempre assim, eu melhorava numa semana, piorava a outra, a impressão que fiquei depois é que ele

fazia de propósito e que de alguma forma ele se sentia confortável de eu tá doente e dependendo dele e não compartilhando pro meus pais o que tava acontecendo, como se ele se sentisse com mais domínio sobre mim”.

Fala da dependência relacional e do não compartilhar mais com seus pais seus acontecimentos, resultando em certo domínio na relação conjugal. Joana revela também que seu marido fazia “o pior relatório possível” dela para os pais, “a ponto do meu pai querer me interditar”, que só não o fazia porque se tivesse que ser “interditada” teria que ser o marido dela a fazê-lo. A pesquisadora pergunta por que seu marido não fez e Joana respondeu que ele “se aproveitou dessa situação para ter tutela” dela “e fazer com que as pessoas não confiassem em mim, no meu trabalho, aí foi assim, aí isso foi assim até o estopim do divórcio”.

Verificamos que Joana vê nas atitudes do ex-marido certa responsabilidade pela perda de confiança das pessoas nela e diante de uma relação que já não a ajudava, Joana teve a decisão de divorciar-se. A reação do marido não foi nada agradável, ela conta: “ele ficou doido, ele fez uma caveira de mim pros meus pais e...isso me prejudicou muito”. Seus pais não acreditavam que ela conseguiria o divórcio, mas depois se convenceram de seu estado: “eles chegaram à conclusão que sim, que de fato ele não tava contribuindo e por isso acabou, porque ninguém compreendia”. O ex-marido saiu de sua casa e ela ficou “com aquele episódio maníaco”. Ela tem a sensação que naquela época o tempo parou, sentiu-se julgada pelos pais em seus comportamentos e decisões. Ela não estava bem e “apareceu uma pessoa” na vida dela “e começou um (novo) relacionamento e tudo aquilo que tava acontecendo sossegou”.

No entanto, conta que seus pais não queriam que ela entrasse em outro relacionamento após os ocorridos. Joana comenta: “todo mundo ficou muito traumatizado da forma como tudo foi”. Com esse rapaz teve duas crises: “faz um ano que aconteceu o que aconteceu, foi uma tentativa de suicídio e tal, que eu não lembro, mas foi muito grave e foi na presença dessa pessoa né, e mudou tudo, pra sempre”. A presença da pessoa é ressaltada, ela diz não se recordar, mas tem certeza da gravidade e que esse episódio, dada a gravidade, modificou algo em sua vida.

Quando a entrevistadora pergunta dos aspectos positivos nas relações Joana responde que tiveram que se unir muito “eu, a minha mãe e meu pai”, que a família ficou sabendo da gravidade e ela teve “muita vergonha”. Tudo é muito intenso na fala de Joana (“muito grave”, “muita vergonha”) e não sabia como iria viver dali para frente e ter que lembrar e conviver com tal lembrança. Nessa dificuldade de enfrentamento de sua ação impulsiva algo se revelou

diferente em sua vida, ela expressa: “mas aí uma situação inesperada assim que foi os nossos vínculos, se fortalecerem muito”. Fala que eles começaram a compreender.

Conta que foi para o CAPS porque “não queria morrer”, lá encontrou suporte, tomou conhecimento da complexidade de sua situação. Joana disse que não precisou mais “mentir pra ninguém que eu tava bem, fingir que eu tô bem”. O tratamento lhe permitiu enfrentar que por vezes não estava bem. A presença e conhecimento de seu estado de saúde por parte da família somaram-se ao tratamento no CAPS de modo positivo. Sobre as dificuldades comenta: “depois de uma situação dessa, tem que reconstruir tudo de novo, tudo, procurar alguns alicerces para não viver com medo”. Essa expressão mostra a desconstrução e reconstrução, a necessidade de suporte para enfrentar a vida sem medos. É o primeiro momento que ela indica algo sobre medo de viver. Conta que passou quase três anos de sua vida “todo dia acordando e me lamentando”.

Joana não encontrava sentido na vida, isso fica claro quando diz: “não dá, não tem como fazer mais nada, eu abria o olho e, por que eu acordei, qual a necessidade disso, eu não acredito que eu vou ter que levantar e viver entendeu”. Após a tentativa de suicídio a medicação foi alterada, sentiu “irritação, eu fiquei um tempo sem trabalhar, sem poder dirigir, que é uma coisa que eu prezo muito dessa minha autonomia”. Conta que foi difícil voltar a morar com os pais e não mais só, por causa da perda da autonomia conquistada quando se casou. Joana indica que a mudança de medicação e a ajuda familiar permitiram uma mudança significativa, vejamos: “agora, devido ao apoio da família, a medicação (...) eu me sinto bem, eu acordo, levanto, vou trabalhar, não tenho vontade de faltar, não acordo com ânimo depressivo (...) antes as coisas simples me derrubavam, hoje não”. Sente-se mais responsável e lembra “com vontade de viver”, isso é interpretado por ela como uma “vitória”, pois percebe que se mantém nesse estado por vários meses, ela percebe a duração do bem estar.

Em seu entender o que desencadeou a crise foi “o lado afetivo, assim, amoroso, porque foi o que mais desencadeou a crise mesmo, ou então tem a ver aquela questão da autoestima, da segurança”. Joana indica que a baixa autoestima e a insegurança estiveram presentes. Ela ainda teme a aproximação das relações: “É muito difícil eu deixar alguém se aproximar de mim” e justifica que não quer que a pessoa tome conhecimento dos acontecimentos de sua vida, não quer que a vejam como “coitada” e que tem que se “fortalecer”. É interessante seu pensamento sobre cuidados, vejamos: “eu não tenho que esperar que o mundo tenha cuidado comigo, eu é que tenho que me cuidar e me fortalecer”. Comenta que trabalha a questão afetiva cotidianamente e que tem noção que as mudanças demandam tempo e pode ter os cuidados em suas mãos.

Diante da questão se o meio externo influencia sua vida, ela afirma que sim, a pesquisadora pergunta de que forma e Joana mostra sua insegurança nas relações: “se algum rapaz apareceu para conversar comigo, quer se aproximar, aí, de forma completamente involuntária eu crio uma barreira”. Ela comenta que sabe que há algum interesse e que ela também tem, mas ela não consegue “nem olhar nos olhos e já num falo nada e já se duvidar até choro” e comenta que passa “vergonha, porque a pessoa não fez nada de mais”. Reconhece que não é sempre que ocorre isso. Comenta “é como se alguém tivesse invadindo a minha vida e eu não fosse dar conta disso, ainda que eu quisesse”. A invasão se impõe o temor a não suportar uma aproximação vivida por ela como uma invasão. De acordo com Martins, 2017:

No corpo dotado de sentidos, a passividade, mais do que um constrangimento ao meu agir ou ao meu esforço é o meio pelo qual me conheço a mim e ao outro. Não preciso sentir, nem tenho como sentir o que o outro sente, mais isso não é um déficit da vida, é antes a possibilidade de o outro ser, na vida, preservado da minha possibilidade de invasão. Todavia sinto o outro a sentir vergonha ou embaraço perante a humilhação que lhe quero infligir. Mas se isso me pode mostrar o outro sucumbindo, na vida, aos poderes da vida também me revela a mim a consumir-me na vida do meu semelhante. Compossíveis e confirmados na vida tal como na vida empobrecidos e consumidos. Em qualquer dos casos a relação estabeleceu-se na vida e não num universo representacional da mesma, nem ainda num ser-com anônimo. (p. 67)

Em outras palavras, nenhum ser é sem o outro, o agir de Joana lhe é constrangedor, como pode ser que seja ao outro também, mas assim ela se conhece, pensa no que sente, mas antes sente e depois pensa, conhece a si e ao outro que se aproxima, precisa de proteção e a encontra em sua ação de fugir, chorar, não olhar nos olhos, por vezes, ela sucumbe aos poderes da vida dela, de seus afetos.

Ao ser questionada pela pesquisadora, se sabia por que isso acontecia, Joana traz dados dos dois suicídios que tentou, um em novembro e outro em janeiro. No primeiro, ela namorava com um rapaz, mas tem clareza que o episódio “não tinha nada a ver com ele”. Ela explica: “o primeiro, nada a ver, foi porque eu faria sete anos de casada naquela semana e no mesmo dia eu tinha um casamento”. Quando recebeu o convite da amiga estava casada, mas disse para a amiga “daqui pra lá provavelmente talvez eu não esteja nem casada e foi o que aconteceu”.

Para sua amiga, uma surpresa. Joana informa que estava bem na relação com um rapaz, mas mesmo assim surtou e tentou se matar na véspera do casamento da amiga. Com medo, procurou um médico, mas não quis dar o telefone dos pais e ela deu o telefone desse rapaz, porque sabia que estaria de folga do trabalho. Ele já tinha conhecimento de sua depressão e para surpresa dela ele continuou com ela: “aí ele permaneceu na minha vida”,

depois em janeiro outra tentativa (inespecífica até este momento da entrevista) na presença dele. Joana comenta: “para você ver que não é a pessoa, é um transtorno”. Ela não queria o relacionamento e o tratamento juntos, mas ele insistiu em ficar com ela, depois Joana resolveu ficar sozinha e dar prioridade ao seu tratamento de saúde.

Ao ser questionada como se sente em relação ao futuro Joana comenta “hoje eu tô assim, eu tô numa situação que desencadeia um pouco de insegurança, irritabilidade, que é essa questão afetiva, mas não é mais o foco de minha vida e eu vou vivendo, vou trabalhar, eu vou curtir minha família”. Indica que por vezes o foco de sua vida foi a insegurança, irritabilidade e a questão afetiva, trabalhar e curtir a família a inserem na vida comunitária e relacional.

Ela informa que “são anos de muito sofrimento, porque não é só eu que sofro, é todo mundo e eu penso que tem tudo para melhorar”. E sabe informar o que precisa para tanto, vejamos: “é só eu continuar com cautela, ter paciência, me fortalecer, que as coisas vão acontecer, porque pra mim essa questão afetiva é muito importante, se casar, ter uma família, ter filhos”. Hoje ela se sente com esperanças e tem ideias de casar novamente e constituir uma família, uma comunidade a partir de sua própria vida, mas sabe que precisa ter cautela, paciência e controlar suas impulsividades.

A pesquisadora pergunta quem cuida mais dela hoje e ela responde que sua mãe, devido ela ter mais tempo e também tem “muito medo”, pois quase a perdeu, mas disse que o seu pai também a cuida. Percebe que “cada um tem a sua parcela de cooperação em cuidar e quando ele cuida dela, da minha mãe e da expectativa dela, do medo dela, ele tá cuidando de mim”. Demonstrando que fica mais tranquila e cuidada ao ver o pai cuidando da mãe. Joana percebe as relações de cuidados, sabe descrevê-las com clareza e sente que é mais cuidada quando sua mãe é cuidada!

As crises geraram aspectos positivos: Se não fosse “esse transtorno, que se não fosse isso, certamente as coisas não teriam melhorado tanto assim e se afinado como estão agora num espaço de tempo relativamente curto”. O medo de Joana era que seus pais não a deixassem fazer nada: “vão acabar com minha vida, eu morava só, tinha independência, não tinha hora para chegar, pra sair, pra nada”, mas percebeu que isso não ocorreu. Joana coloca o tratamento como um aspecto positivo, tinha alguns temores que ela percebeu não terem se concretizado. Joana temeu perder sua independência, mas isso não ocorreu assim ela mostra sentir-se mais segura.

6.2 Entrevista com a mãe de Joana

Respondendo à primeira questão, a mãe de Joana desvelou nada saber ou ter percebido algo diferente em sua filha desde que ela casou. Aos poucos foi percebendo que ela não atendia seus telefonemas e notava que ela estava diferente no modo de ser ao vê-la nas redes sociais, principalmente seus comentários. Não a reconheceu, contou a seu marido sobre esse imprevisto que ela não estava bem. No entanto dizia que Joana “nunca demonstrou nada”. Certa vez recebe um telefonema do genro que dizia que Joana não estava bem e que estava “muito diferente”, comentando que era “uma depressão muito séria”. Na sequência a mãe de Joana informa à pesquisadora que “eles não diziam que também estavam numa crise de casamento”. Aqui podemos perceber que não se tratava apenas de uma crise depressiva ou de estranheza de Joana, havia uma crise na relação conjugal, em seu casamento.

Joana pediu à mãe para levá-la ao CAPS, por indicação de uma amiga. Depois que a filha pediu o divórcio no final do ano, em janeiro “ela fez a pior coisa de nossa vida”, ela fez “uma coisa absurda”. Comenta que a depressão transformou Joana: “ela mudou totalmente, mudou roupa, mudou estilo, mudou tudo”. A impressão da mãe é que “ela queria apagar o que ela era, o que ela foi a vida toda e queria se transformar”. A mãe deixa entender que o ex-marido da filha contribuiu com essa situação e que a filha “até hoje não conta o que foi”. Esse segredo se manterá em toda entrevista, tanto quanto Joana não revelou, mas indicou ou mostrou indícios que se relacionava à vida íntima do casal.

A mãe conta que a filha conheceu outro rapaz quando ela morava só, que começou a sair e a beber álcool enquanto estava sob efeito de medicação psiquiátrica “cometeu essa loucura” (tentativa de suicídio). A entrevistadora questiona o que ocorrera e a mãe responde que “ela se jogou do quinto andar do prédio” e que a filha não se lembra de tal fato. A mãe confirma o tempo veloz que a filha comentou na sua entrevista: “foi tudo assim muito rápido”.

Após este segundo relacionamento a mãe percebeu que andava “toda bonitona, assim como tá agora, só que agora ela tá calma. Ela mudou totalmente”. Com as perguntas da entrevistadora a mãe traz mais detalhes, que a filha teria visto uma foto dele com a ex-namorada/mulher na internet e que ele teria dado essas informações à filha. Quando ele teria dito que não ia retirar a foto da internet ela “se jogou pela janela do prédio dele do quinto andar”.

A mãe conta que Joana já havia iniciado o tratamento no CAPS e era assistida pela Assistente Social. Após essa tentativa de suicídio, Joana voltou a morar com os pais. Com a

queda, Joana teve fissuras nas vértebras e ficou um tempo sem andar, depois voltou a trabalhar. A mãe comenta que “parece assim que ela é uma criança e eu tomo conta dela”. Joana se afastou do rapaz e “começou a ficar mais consciente”. O tom dessa primeira resposta se manteve em vários momentos nas respostas subsequentes. O que chama atenção é que o transtorno depressivo, o uso do álcool, a separação, o novo relacionamento, a tentativa de suicídio após uma rápida passagem ao ato resultou em uma série de transformações e vivências. Joana – segundo conta sua mãe – começou a experimentar coisas em sua vida que proporcionaram uma turbulência de afetos (depressivos e maníacos), uso de álcool, instabilidade nos relacionamentos que se transformaram para um novo relacionamento de cuidado e proximidade com os pais, especialmente com a sua mãe.

A segunda questão da entrevistadora solicita que a mãe lhe conte algo de sua história. Ela começou respondendo que o seu marido era rígido e militar e que seu genro tinha essa primeira característica. A mãe conta com naturalidade como aconteciam as relações em momentos das refeições: “todo mundo calado, parece assim que todo mundo tava com raiva”. Ela conta que inicialmente quis culpar o seu marido, mas após todos os acontecimentos, muda de opinião “se alguém errou todos erraram”, incluindo a própria omissão dela em nada dizer, que hoje ela falaria. Vemos que o transtorno de Joana modificou a família, não era algo apenas dela, envolveu a todos e a mãe pôde contar as transformações para melhor, mas não sem dificuldades.

Ela conta que o genro, vindo do Nordeste, sentia-se inferior à sua filha, quanto à educação (nível médio), desemprego, “parecia assim que ele se sentia humilhado”, diz que era tratado como um filho, que o humor dele era desagradável, como o de seu marido. Então ele e Joana foram morar em outro local, se distanciando deles. Diz que moraram juntos três anos, que a situação piorou e que não sabe o que aconteceu, conta que “ela dizia que ele era muito grosso, frio” e que Joana não conta o que aconteceu.

No entanto, o fato de Joana contar à mãe que ele era frio e grosso, na relação com ela, isso traz dados muito importantes sobre a sensibilidade de Joana e o quanto os comportamentos do marido a incomodavam. A mãe conta que quando criança Joana estudava e que “ela não tinha essa vida” e “com ele, ela começou a sentir falta disso”, de sair e ir em baladas, ou seja, viver uma vida de adolescente que ela não viveu quando morava com os pais. A mãe conta que sofreu muito porque queria entender melhor os motivos ou achar um culpado, que ficou revoltada com o marido e com o genro, hoje isso se transformou, pensa que “aconteceu porque tinha que acontecer” e que agradece a Deus por ela estar no CAPS e com eles, viva.

Na terceira pergunta sobre o que sentiu quando soube do diagnóstico de Joana disse que ficou “triste”, “arrasada”, a relação ficou envolta de tristezas e por pensar que no futuro poderia ter uma depressão pós-parto. Ela comentou que “muitas pessoas dizem que ela nunca vai ficar totalmente curada”. Aqui cabe uma breve reflexão sobre a cura. Tristezas, preocupações, medos, depressões, são sentimentos inerentes à vida e o que seria a cura? Talvez a cura para a mãe, seria ter a vida que tinha antes do casamento? No momento da impulsividade e movida por fortes emoções que não conseguia controlar, Joana tenta o suicídio para curar-se do sofrimento que vivia. Não morreu. Hoje ambas têm que lidar com essas lembranças e com afeto, seja de estar triste, preocupada, com medo, com depressão, seja com as lembranças de alegria, pois essa é a vida delas, a vida teria cura? Seria a morte a cura para Joana? Pelo que pudemos observar até este momento, a resposta é não. Passaram por turbulências, mas sobreviveram e se transformaram para melhor.

A quarta questão possibilitou adentrar mais nas vivências da mãe. Ela retoma as dificuldades iniciais e agora sua filha ficou “igual como se ela fosse uma criança” e que isso mudou a sua vida (da mãe), que a filha liga querendo sair, envia mensagens, porque sabe de sua preocupação. É como se algo fosse resgatado, uma infância na vida adulta, uma regressão e retomada de certo controle (saudável) por parte da mãe, saudável porque movido por genuína preocupação e interesse pelo bem da filha. A mãe sente-se reconhecida em suas preocupações maternas.

A quinta pergunta que se refere a como a mãe se percebe neste momento de sua vida, a mãe está bem porque a acompanha de modo próximo e isso faz com que ela se sinta bem, por estar próxima, acompanhando a melhora de sua filha. O sentir-se bem passa pela relação de cuidado. A relação com a mãe foi recuperada. A melhora vem da relação. Nasceram as transformações nas relações e na relação ocorrem transformações rumo à busca da felicidade, tal como Michel Henry defende que no fundo todo ser humano busca a felicidade, apoiando-se em Espinoza.

A sexta questão permite conhecer melhor os aspectos positivos e dificuldades na relação. Quando casou, Joana não era tão próxima à mãe, hoje são próximas. A mãe comenta que achava que era fase da adolescência, mãe querendo conversar e filhos se afastando, mas Joana se isolou deles quando casou. “Então quando aconteceu isso, nós se aproximamos muito”. No caso delas ou desta família, os problemas de relacionamentos permitiram a reaproximação, de outra forma e de outro modo.

A pesquisadora pergunta sobre as dificuldades e a mãe diz que sua filha quando era adolescente e quando estava casada, não podia perguntar nada, pois Joana não respondia e que após tais acontecimentos (casamento, divórcio, novo relacionamento, depressão, uso de bebidas, remédios e a tentativa de suicídio por causa de um ciúme) a filha a ouviu: “quando ela percebe que eu fico meio chateada, ela fica melhor”. É bom para a filha perceber a preocupação amorosa da mãe. É interessante um comentário que a mãe faz a seu marido “precisava ela passar por tudo isso pra hoje a gente ser amiga?” O que mostra que na relação delas a amizade chegou não na época da adolescência, mas após as crises que atingiram toda a família, de modo que puderam remodelar e não foi tarde para cultivarem uma amizade e ganharem confiança mútua.

Sobre o meio externo a mãe comentou que no início influenciou, hoje não. A pesquisadora quer saber mais e a mãe conta que as amigas, pessoas que ela não gostava, pessoas do emprego, que ela deu uma educação que fez a filha imaginar “que era tudo perfeito”, ou seja, conta que foi protegida, que os pais tentaram mostrar o bem e afastá-la do mal, com a educação adventista e “quando ela ficou adulta pra trabalhar é que ela foi ver que no meio profissional tem muitas coisas assim de...inveja”, competitividade e que sua filha via o bem em todas as pessoas, mas hoje “ela amadureceu”.

De modo que as influências do meio externo, apesar do sofrimento relatado pela mãe, dela e da filha, permitiram o amadurecimento que nem sempre o que lhe foi passado em família foi o suficiente para prepará-la para certas fases da vida, como a do casamento, por exemplo, seja no trabalho, ambos em momentos de muita juventude de Joana, mas hoje estão próximas e se relacionando com envolvimento de cuidados.

A última questão relacionada a como se sentia em relação ao futuro, a mãe mostra preocupação, pois hoje Joana está muito dependente dela e a preocupação dela é com uma possível gravidez de Joana sem a presença dela (mãe). Porém, ela desvela uma esperança que a filha fique bem e que possa superar uma gravidez ou a depressão decorrente dela (risco de depressão pós-parto) mesmo com sua ausência (possível morte da mãe). A mãe mostra como lida com tal preocupação: “eu penso que isso foi só uma fase muito terrível na nossa vida” e se apoia na religião: “tenho fé em Deus que tenha passado”. O terrível aparece como uma ameaça, mas não fica “pensando muito no que vai acontecer”.

A pesquisadora pergunta sobre o tratamento no CAPS e a mãe diz que ajuda, dada a medicação, os recursos humanos “fazem eles (os pacientes e familiares) se sentirem bem”, que todos são bem tratados e que “a gente pensa que aqui nem é um órgão público”. Ela pergunta também sobre o diagnóstico de transtorno bipolar e a mãe diz que sabe que “de

repente está muito triste (...) depois fica com muita raiva (...) ela tá bem e de repente ela pode ficar triste”. A mãe administra os remédios e está atenta às crises. “O mais importante é que ela voltou a trabalhar”. Comenta que “foi um choque muito grande na nossa vida, mas tamo levando, eu tenho fé em Deus que daí para melhor”. O “terrível”, o “choque” são expressões interessantes que a mãe traz, bem como a forte crença religiosa na melhora.

A partir do parágrafo 47 da Encarnação - A experiência do outro numa fenomenologia da vida - pensamos que a mãe-cuidadora desvela a fenomenalidade da relação com Joana como uma “carne vivente” que sofre, mas mantém a esperança por uma via relacional e religiosa, é assim que se apresenta a relação com sua filha, relação transformadora após a vida ter sido colocada em risco com uma tentativa de suicídio.

O que tem em comum, no fundo, “é um único e mesmo mundo a que eles estão abertos” (Henry, 2014, p. 347). É esse fechamento (tentativa de suicídio) e abertura ao mundo (transformação durante o tratamento) que as reúne.

A mãe falou da solidão de Joana após o casamento, que vivia só, que se afastou da família. De acordo com Henry (2014, p. 349) “Estejamos sós ou com os outros, o “estar-com” precede sempre. A solidão, por exemplo, só é possível sobre o fundo desse “estar-com”, como modalidade privativa deste. Jamais poderíamos sentir-nos sós se o outro não viesse a nos *faltar*, e jamais ele poderia faltar-nos se nós não estivéssemos primitivamente com ele”. Ou seja, se levarmos em conta a preocupação da mãe, Joana sentiu uma forte solidão quando se separou da família para viver seu casamento, a sua solidão só foi possível porque havia conhecido o fundo desse “estar-com”. Os dados nos fazem levantar uma hipótese, que Joana sentiu a falta da família, por isso, mesmo casada sentiu-se só, de modo que sentiu a falta da mãe e do pai e de não ter tido uma “adolescência”, “autonomia”, “independência”, e que tentou esses ganhos na relação com o marido, porém sem sucesso.

A relação com Joana mostra o próprio “experimentar-se a si mesmo” (Henry, 2014, p. 352) de sua mãe, em sua auto revelação de sua vida. O que ela sente não vem de fora, não está na exterioridade, mas em si, é assim que se desvela a fenomenalidade relacional da mãe, de sua vida. Além da vida delas, a mãe traz uma relação com um transcendente: Deus, o que há de comum nessa comunidade (adventista e/ou familiar) ou vida transcendental.

O sofrimento por ela vivido, a alegria por ela relatada “trazem em si um poder de reunir infinitamente maior que aquele que se atribuiu à “Razão” (ao tratamento medicamentoso, por exemplo), que falando propriamente, não tem nenhum poder de reunir, na medida em que não se pode deduzir dela, a existência de um único indivíduo, nada do que deve ser reunido numa “comunidade” (Henry, 2014, p. 355).

Na obra *Encarnação*, Henry (2014, p. 356) traz que “toda comunidade é, por essência, religiosa, pressupondo a relação entre Siis transcendentais (...) a relação de cada Si transcendental com a Vida absoluta, o laço religioso [religio]. (...) é desse laço que ele tem seu próprio Si e, ao mesmo tempo, a possibilidade de se referir ao outro”. Religio vem de reunir, unir. Assim, tivemos acesso à parte da vida de Joana, por meio da sua autorrevelação durante a entrevista, como afirma Henry em “Sofrimento e Vida”, a vida jamais tem a “necessidade de um poder de conhecimento diferente dela para se conhecer, transparece em cada modalidade da vida, na impressão mais primitiva” (Henry, 2014, p. 35).

Para Michel Henry as tonalidades de dor e prazer, em nosso caso de tristeza, depressão e alegria e raiva, se as tomarmos como elas se provam, ou seja, como experiências diferentes e opostas provem de uma mesma origem, a essência fenomenológica da vida de Joana e da vida da mãe. “Esta oposição, dir-se-á ainda, é tão decisiva que é ela que motiva a ação humana, que consiste num esforço para fugir da dor e procurar o prazer” (Henry, 2014, p. 40).

Assim, a mãe de Joana procura substituir as tonalidades negativas por tonalidades positivas. No entanto, há nela – e em Joana e todo ser humano – como afirma Henry (2014, p. 41) “a passagem incessante dessas tonalidades umas nas outras”. É a qualidade dessas passagens que precisamos atentar, em Joana a passagem ao ato da tentativa de suicídio não resultou no prazer, mas possibilitou à sua família uma movimentação e cuidados para que ela mesma possa retomar um maior equilíbrio nas modalidades afetivas em sua vida.

A mãe de Joana corrobora claramente uma afirmação de Michel Henry (p. 41): “É nesse jogo primitivo do sofrer e do fruir que tem lugar o nascimento do que se chama uma depressão, é também aí que ela pode ser superada”. Essa superação aparece tanto na mãe, quanto em Joana. E é na relação entre elas que ocorre grande parte dessas transformações. Por outro lado, Joana mostra que sua depressão se transformou em desespero que a levou à tentativa de suicídio. O desespero que Michel Henry trata “é uma crise de identidade (...) no desespero e na depressão o eu está presente mais do que nunca” (Henry, 2014, p. 42), “um desespero do eu *a respeito de si mesmo*”. Desespera-se de um eu que ainda não é o que gostaria que fosse, ela vive um tormento que é o seu, mas que também atinge sua mãe. O tormento de Joana em primeiro lugar é em relação a si mesma, em seguida se volta a sua comunidade.

Há em Michel Henry uma “conexão originária do sofrer e do fruir” (Henry, 2014, p. 42). Na impossibilidade de superar o fardo de sua existência “nasce o sofrimento idêntico à prova desse fardo” (Henry, 2014, p. 43). A tentativa de suicídio de Joana foi uma tentativa, como afirma Henry (p. 43) de “querer escapar do sofrimento, o querer desfazer-se de si.

Desesperar, desesperar de si, desesperar em relação a si quer dizer ‘querer desembaraçar-se do seu eu, não querer ser-se’ ”.

O que aconteceu nesta tentativa mostra a impossibilidade de “desembaraçar-se do seu eu, romper o laço que o une consigo é aquilo de que o eu não é capaz”, ou seja, na depressão ou no desespero de Joana a destruição de seu si mesmo é impossível.

6.3 Entrevista com Vania

Desde o início da entrevista, Vania mostra ter noção de seu diagnóstico e conta que começou com 18 anos, ela conta: “eu já apresentava sintoma de agressividade, ora eu ficava depressiva, ora eu ficava com euforia, e foi num dia que eu tava indo para a igreja com a minha mãe que eu fiquei com raiva do nada, muita raiva, muita raiva depois eu comecei a chorar, aí no outro dia eu falei, mãe eu preciso de ajuda, eu não estou bem, foi que eu fui pro psicólogo, passei um ano e meio no psicólogo, depois que eu fui pra avaliação do psiquiatra e desde a minha primeira avaliação do psiquiatra sempre foi bipolaridade, nunca outro diagnóstico”.

À questão de como se sentiu ela disse “sem chão”. Sem suporte, sem apoio, sem base. Ela pensou que era depressão e comenta “jamais pensei que isso fosse entrar na minha vida”. A pesquisadora indaga se ela tinha conhecimento anterior do transtorno bipolar e Vania conta que uma amiga psicóloga comentou com ela que achava que ela tinha transtorno bipolar, ela pesquisou do que se tratava e “encaixava tudo com o que eu sentia”, afirma Vania. Ela já tinha dito que a agressividade, depressão, euforia, raiva, choro, necessidade de ajuda faziam parte de sua vida, antes de saber do diagnóstico. Como vimos, na fenomenologia de Michel Henry a vida é provada em si mesma, “própria de toda a vida e assim de todo o Si vivo no qual este ‘provar-se a si mesmo’ se cumpre, é uma Afetividade originária ou, como agora diremos, um *pathos*. Estranha ao mundo e ao seu ‘fora de si’, enquanto estranha e inextática, a Vida é invisível”(Henry, 2014, p. 38), invisível porque não é possível vê-la, mas somente pode ser sentida.

Na questão de como é vivenciar tal experiência Vania diz que é “muito difícil”, dado existir “muito preconceito”, que há pessoas que acreditam que quem tem tal diagnóstico “é doido”, “maluco da cabeça”, e isso faz com que ela se esconda das pessoas. Quando vai ao psicólogo, diz ir ao médico. Tal como Joana, Vania “tinha muita vergonha de falar”, as pessoas se afastaram dela. Incomodava-se com perguntas de para onde ia e ela dizia que fazia um tratamento, sem dizer que se tratava do transtorno bipolar. Ela comenta: “porque eu tinha medo de ser rejeitada pela sociedade”.

À pergunta de como se percebe neste momento de sua vida, Vania se percebe mais estável, conseguindo “manipular” seus sentimentos, mas não consegue controlar a própria raiva em relação aos outros: “não consigo controlar se alguém me fizer raiva, eu fico com raiva de todo mundo”. Quando percebe que entrará em depressão tenta se animar: “aí eu já tenho força, não bora lá, bora lá, bora dá uma sacudida que não é por aí”.

À questão se vivencia aspectos positivos e dificuldades na relação com seu familiar cuidador, ela responde que sua mãe lhe dá apoio a suas ações. Diz: “ela é o suporte da minha vida”. O suporte vem da relação com a cuidadora. Sobre as dificuldades fala da fragilidade de sua mãe: “é muito frágil, ela não sabe lidar com as minhas crises”, que ela tem dificuldade quando ela escuta vozes, que “ela não sabe lidar com isso”, porém fora isso não tem queixas dela e diz que ela é “perfeita”. Com seu pai conversa “muito” e que ele é o “outro cuidador”, tendo acompanhado ela na vinda pela primeira vez ao CAPS.

A pesquisadora pergunta se ela tem o apoio do pai. Vania diz que sim: “ele é o que eu mais converso sobre a minha doença”. Certa vez ela caiu de uma escada e teve a sensação de ter sido empurrada, mesmo não tendo a presença de alguém. Ela contou esse fato apenas ao pai: “eu sou uma louca de pensar isso (risos)”. Diz que falou para seu pai: “pai eu fui empurrada da escada, eu não caí pai”, que se falasse para mãe esta começaria a chorar e Vania não gosta de vê-la chorar. À questão sobre essas vivências expressa “a gente tem uma rotina muito tranquila, eu me dou muito bem com ela, mora só nós duas, a gente tem aquelas briguinhas de vez em quando, mas é normal”.

Sobre a influência do meio externo em sua doença, ela diz que existe sim. A pesquisadora pergunta de que forma influencia e ela diz que não sabe lidar com perdas: de um amigo, de um ente querido, de alguém próximo, que fica triste. A seguir traz dados também sobre relações amorosas: “se um rapaz chega pra conversar comigo, tá conversa e a gente mantém uma relação e quando a gente termina, eu não sei lidar com esse termino, eu fico mal”. Lembramos que Joana também apresentou dificuldades em relações amorosas, com suas características próprias. Terminar uma relação é algo que não é tranquilo para ela, ela sente um mal-estar.

Sobre como se sente em relação ao futuro, responde que “nesse momento” não passa por um momento estável, pois parou a faculdade por conta da doença: “eu tô vivendo um dia de cada vez, não tô pensando muito no futuro”. Conta que tem um sonho e objetivo: “ser delegada da polícia civil”. Toda vez que pensa que trancou a faculdade diz: “meu Deus do Céu, tá cada vez mais distante o meu sonho da realidade, tá cada vez mais distante, o que é que eu vou fazer, aí...(boceja)”. Refere-se à vivência de instabilidade e de distanciamento de

seu sonho diante da realidade. Apresenta dúvidas: “fico pensando assim: será se vai acontecer mesmo, será que isso vai atingir ao ponto de eu desistir de tudo”. Isto indica uma fragilidade e possibilidade de desistir de seu sonho. A pesquisadora pergunta mais sobre e Vania confirma que acha que perderá tudo e dá exemplo: “eu pego uma coisa pra ler, eu não consigo ler, eu não consigo, eu tô lendo aqui, mas eu tô pensando em outra coisa, que não tem nada a ver com a minha leitura”. Assim, mostra que sofre interferências em seu pensamento que não deixam que ela se concentre.

A pesquisadora pergunta das reuniões em grupo no CAPS, no que ela a fortalece. Vania diz que é um grupo de ajuda, que os relatos são muito positivos. Ela comenta: “algumas vezes os relatos se encaixam no que eu vivo hoje, e de uma forma ou de outra eles me ajudam, eles me ajudam pra minha caminhada”.

A pesquisadora pergunta se ela quer acrescentar mais alguma coisa. E responde dando um conselho: “eu só gostaria de deixar aqui um parêntese pra pessoa que tem Transtorno Bipolar; ‘Não desista que tem solução, pode não ter a cura, mas tem tratamento, não desista que a vida continua’”. Vania mostra que a Vida prossegue e que o transtorno faz parte da Vida, tem suas transformações, mas a vida tem uma continuidade, que a vida não se paralisará dado o transtorno.

Henry (2014, p. 44) afirma: “nenhuma tonalidade (afetiva) fica bloqueada em si. Uma vez que ela apenas é dada no advir em si da vida, entra inevitavelmente na história. Esta história não é a do mundo nem a de seus acontecimentos. Ela apenas é inteligível apoiada em outra história, na história da Vida em nós - nessa incessante passagem do sofrer ao fruir no qual se origina a nossa ação, na qual se constrói a nossa vida”. Quando Vania afirma: “não desista que a vida continua” nos mostra que a vida não fica bloqueada em seu íntimo, em sua carne viva, não tem cura, mas tem tratamento, em outras palavras e apoiados na fenomenologia da vida, nessa incessante passagem do sofrer o transtorno ao fruir da esperança, nessas passagens de tonalidades afetivas se origina a possibilidade de ter uma ação, na qual se constrói a própria vida e sua história.

6.4 Entrevista com a mãe de Vania

A entrevista com a mãe da Vania indica que ela tinha conhecimento do diagnóstico e diz que se trata de “oscilação do humor”. Conta sua história, após ser questionada: “No início eu fiquei assim, eu não acreditava, não entendia o que tava acontecendo com ela, eu achava que era indisposição, que era até preguiça mesmo, porque achava impossível, mas com o

passar do tempo eu fui acreditando, ela foi tendo é várias crises que ela gritava muito, ela dizia que tava vendo alguma coisa, ouvindo algumas vozes, eu fui me desesperando e foi quando procuramos o CAPS, ela começou fazer o tratamento aqui e melhorou”. Da indisposição e preguiça às crises, gritos, visões, vozes que fizeram que ela sentisse um desespero e procurasse ajuda, foram as vivências pessoais que a fizeram entender sobre tal diagnóstico.

A pesquisadora pergunta que idade ela tinha. A mãe diz que “ela tinha 19 anos, mas é uma história muito longa”, que começou com “uma tristeza, ela entrou numa depressão pela separação” dela com seu esposo, que se afastou porque conheceu outra pessoa. Para Vania, o pai era a “menina dos olhos dela e até hoje ela fala muito nele”. A mãe diz que Vania continua amando o pai e que ela respeita. Conta que Vania “foi ficando triste”, ela (mãe) trabalhava e tempos depois entrou em depressão, por sentir “muito a falta dele”. Ela foi passar três anos em cidade do interior. Quando ela voltava do trabalho, Vania “já tinha chegado do colégio, aí ela se deitava assim no chão da casa”, ouvia Vania falando: “meu pai por que tu fez isso comigo, e agora a minha mãe me trouxe pra cá, pra me tirar longe de ti”.

A pesquisadora percebe que nesse relato os olhos da mãe ficaram com lágrimas. A mãe diz “aí eu fiquei desesperada com aquilo”. Diz que foi para o interior do Estado porque a casa da sogra era do lado da dela e ela ouvia-o e aquilo lhe causava um mal, por isso resolveu passar um tempo longe com seus filhos, que não queriam ir, Vania tinha 12 anos e seu filho 14. A mãe justificou aos filhos dizendo: “gente se eu não for pra lá, eu não vou suportar, eu preciso passar um tempo” em outro lugar. Como já estava próximo da sua aposentadoria foram. Os filhos terminariam lá o ensino médio e depois retornaria para Belém para cursarem faculdade. Conta que seus filhos concordaram. No retorno Vania voltou a estudar. Aos 19 anos começou o “desespero, essa coisa dela, ela não conseguia dormir, ficou ansiosa e mal, tudo o que eu fazia tava errado, ela me julgava, eu pensava meu Deus, tudo o que eu faço pra minha filha....., o que tá acontecendo” e procuraram um médico.

Para a mãe de Vania sua vida depende da vida de sua filha, “somente dela”, momento em que fala se emocionando (chora). Diz que abandonou tudo para cuidar de Vania. Difícil para mãe é dar limites à filha, vejamos: “inclusive eu tive até numa crise sábado, porque ela entrou numa comitiva numa dança, uma comitiva pra sair pra dançar com os amigos, então eu não concordei, mas se eu desconcordar dela, ela fica mal, ela grita, ela não aceita um não, e ela entra em desespero e me machuca isso”. Falar não, estabelecer um limite parece ter sido difícil na relação entre mãe e filha, a mãe diz: “aí pra não dizer não pra ela eu não disse nada, só que ela já saiu uma vez, quando foi sábado que ela estava se arrumando com a colega, que

os outros colegas já estavam esperando pra lá, até numa boate, não sei o que, chamada Curreal, este nome já me machucou, aí ela se arrumando e as lágrimas vindo, meu Deus por que tá acontecendo isso comigo, e eu limpava as lágrimas antes de ela descer, pra não perceber que eu estava desesperada”.

No entanto, a sua filha percebeu que algo não estava bem com a mãe, mostrando sensibilidade ao estado emocional dela: “mãe a senhora tava chorando por que, o que aconteceu?”. Ao que a mãe lhe respondeu: “Nada menina, eu não sei minha filha”. E conta que ficou tomada com um afeto muito forte: “me deu assim uma tristeza e eu comecei a chorar. Aí ela começou a falar: mãe eu não acredito que a senhora tá triste porque eu vou sair, eu disse é minha filha porque tu vai sair, tanta coisa tá acontecendo no mundo, só tu e essa tua colega, eu não queria que tu fosse, aí ela também nem deu a mínima pra mim, um sufoco, um desespero, um desespero assim horrível que me deu, aí ela foi tomou bença e saiu, ai eu fiquei chorando”. A presença de uma sobrinha a confortou: “tia não chore, entregue na mão de Deus, diz pra Deus levar ela e trazer ela de volta tia”, ao que ela respondeu à sobrinha: “tô fazendo isso minha filha, tô fazendo” e isso a acalmou.

Fica claro nesta resposta que a mãe tinha muita insegurança nos riscos da vida, no que ela provavelmente estava pensando que pudesse acontecer com sua filha e uma colega na saída à noite, dificuldade em perceber a precariedade e vulnerabilidade inerente à vida, de pensar coisas que pudessem acontecer, sem de fato terem acontecido, uma preocupação materna que para a filha estava demasiado e a filha seguiu seu caminho, para desespero da mãe. Lembrar desse episódio ainda está muito presente na mãe, o que faz como que se emocione novamente.

A religião católica conforta a mãe: “Quando foi no domingo né, assim a tardinha, eu convidei ela pra gente ir pra igreja”, porém a Vania não aceitou, comportando-se de modo que incomodou a mãe e outra vez se desespera: “ela nem se mexeu, nem ligou pra mim, então aí quando ela fica assim, nem liga, eu fico desesperada, eu não saio pra não deixar ela sozinha, aí ela não disse nadinha”.

O silêncio da filha fez com que a mãe desistisse de ir à igreja: “depois ela desceu, olhou assim pra mim: tá pensando que eu tô satisfeita com o show que tu deste essa noite na frente da minha colega, aí eu olhei assim pra ela, aí eu disse: minha filha eu também não tô satisfeita de ter acontecido isso comigo e nem de você tá falando comigo assim, mas Deus vai te curar e vai me curar, porque isso, isso não é normal que tá acontecendo comigo, porque não acontecia, eu vou ficar boa, vai passar isso, não te preocupa aí ela não disse nadinha pra mim, não me respondeu nada, aí eu fiquei sabe triste ali, não dei mais uma palavra, porque eu acho

assim, que eu percebi nela, que ela não gosta de eu estar junto dela, quando ela tá se divertindo, aí isso me fez ficar triste, eu percebi isso lá em Barcarena, aí aqui em Belém, eu constatei tudo aquilo que eu tava percebendo, aí ela fica triste”. Vania se opõe aos pedidos da mãe, mostra que não concorda com ela, desvela que há uma dissonância na relação entre elas, um conflito difícil para a mãe tolerar e compreender.

A mãe conta que Vania “tem um amigo que vem visitar ela, e às vezes ele fala as coisas, ela responde, como assim, com grosseria, como a gente diz assim: vapti, vup, num tá nem..., nem observa a palavra que vai falar, às vezes eu digo pra ela: minha filha cuidado porque você já tem 23 anos, você trata as pessoas mal, ninguém tem culpa desse teu mal humor, desse teu problema de saúde, se a pessoa tá do teu lado, é porque gosta de você, trate bem pra você não ficar sozinha”. Ficar só é uma condição que desvela a solidão da mãe, mas ela indica com clareza que não só ela vive uma solidão: “que nem eu estou, eu, você e o Junior, e hoje eu estou me sentindo só, porque tu tem a tua vida, eu tenho a minha e o Junior tem a dele”, três vidas que sentem solidão, mas estão próximas. A mãe de Vania tem uma preocupação semelhante à preocupação da mãe de Joana, que se refere à quando ela já não mais viver: “ele (Junior) tem família aqui, não queira isso pra você, enquanto eu estiver aqui tudo bem, e quando eu não estiver mais, como vai ser a tua vida, aí ela não me respondeu nada”.

A relação difícil entre elas gerou fatos positivos no outro dia, sinal que Vania refletiu sobre e pode agir diferente: “Então quando o amigo dela voltou ontem pra visitar ela, ela disse uma coisa pra ele que eu fiquei muito feliz, eu não sei se vai acontecer, porque ele, eu acho que ele está assim querendo iniciar um namoro com ela, mas ele também não gosta de sair assim pra balada essas coisas, ele tem medo, ele tá recente aqui, já morou aqui, morava no Rio, voltou agora né, aí ela disse pra ele: bora sábado pra igreja, ele falou assim mesmo: é esse teu programa aí eu posso me incluir nesse, mas negócio de Curral nem pensar”. A mãe diz que ouviu ela dizendo: “a mamãe também se sentiu mal no sábado, eu acho que eu vou sair dessa comitiva, eu escutei ela dizendo pra ele e, eu entreguei na mão de Deus, pedindo que ela sai”. Em seguida traz uma preocupação com a ingestão de álcool, problemas que Joana também teve que lidar: “ela sabe que não pode beber, ela sabe, eu digo pra ela assim, minha filha, a doutora falou que você não pode ingerir álcool, toda vez que a gente viaja ele te diz isso, mas no meio de todo mundo, de repente alguém, é possa diante que tem umas brincadeiras meio loucas agarrar na mão dos outros e botar o álcool na boca né, eu já tive, eu fui jovem, eu como não fumava, um amigo levou as minhas mãos pra trás e colocou cigarro na minha boca, eu lembro disso, então é isso que eu digo, aí eu digo pros amigos dela

que vão em casa, que ela não pode tomar nenhum tipo de álcool, porque ela pode ter uma overdose, ela toma sete a oito remédios por dia, e se isso acontecer, como é que vocês vão chegar com ela perto de mim, eu sempre digo, ela não gosta que eu diga isso”.

Para a mãe é um dever alertar os amigos dela: “eu dizia minha filha, eu tenho que falar isso pro teus amigos, porque ninguém sabe o que tu passa, o que eu passo contigo, aí eu não sei se por causa disso que ela não gosta, porque quase todos os amigos, as poucas amigas que ela tem, são poucos, gostam de beber”. Outro fato que a mãe relaciona ao desespero que ela sente: “eu não gosto, eu fico desesperada, então eu acho que é isso que tá me desestruturando”. O que parece desestruturá-la é não poder controlar as ações da filha e dos outros, mas também não controlar o desespero que sente em seu interior.

A pesquisadora pergunta qual igreja ela frequenta e responde dizendo é católica, mas que a filha está meio afastada. Que Vania participava do grupo de jovens, que estava fazendo faculdade e teve que interromper, deixando a mãe “muito triste”. Pede ajuda para um amigo dela, levar ela para caminhar, fazer ela sorrir e ter esperança que ela saia “desse quadro”.

Ao investigar como se sentiu quando soube do diagnóstico de sua filha, a mãe disse que já tinha conhecimento e que isso não a desesperou: “oscilação de humor como eu estava vendo ela, um dia ela tava bem, um dia ela tava mal, mas não tinha nada de anormal pra mim”. Até o momento que presenciou algo diferente: “aí quando eu vi as crises que foi dando nela aí eu me desesperei, no início eu não acreditava naquilo que eu tava vendo”. O que ela presenciava ligava a questões sobrenaturais: “não era normal aquilo no ser humano” e imediatamente se refugia na religião: “aí eu comecei dizer pra ela rezar, porque ela é uma moça muito difícil, a minha filha, a fé dela, eu digo pra ela, a fé dela é pouca, ela disse: *como tu sabe mãe, tu não tá dentro de mim*, eu digo, pelas tuas ações filha, eu não vejo tu lê a bíblia, eu não vejo tu fazer uma oração, tu só vai na igreja porque eu te cobro, eu digo, se tu não for na igreja, tu não vai pro teus passeios”.

A mãe diz que cobra isso da filha desde muito cedo, mas hoje em dia Vania fala “não querer ir pra igreja”. Ao que a mãe lhe diz sentir que está “perdendo o controle dela”, que está “aceitando mais as vontades dela”, e é isso que a desespera. Isso faz com que peça ajuda ao pai dela: “por ela gostar muito dele, ela escuta ele, ela não gosta que eu fale as coisas pra ele, que ela faz comigo”. Ele é o único socorro humano dela, além do divino. Ela conta para ele que não teve força para negar uma saída dela com a amiga, ficou com “medo de ela se rebelar contra” ela e “ter uma crise”.

Na questão sobre como é para ela vivenciar essa experiência hoje, a mãe de Vania remete a Deus suas esperanças de forma comovida, chorando bastante: “Deus, só Deus, eu oro

muito, eu rezo muito, clamo a Deus todo dia, toda hora, pra ele curar a minha filha, e me dar força e sabedoria, pra quando eu partir daqui ela esteja sarada”. Não é o tratamento médico psiquiátrico ou no CAPS o lugar da cura para essa mãe, mas a cura está na dimensão religiosa.

A mãe se percebe neste momento de sua vida “muito triste”, não sabe como agir, ainda emocionada diz: “tô entregando na mão de Deus, mas eu sou feliz por ter ela e o meu filho do meu lado e Deus, eles são a minha vida, ela e o meu filho, mas tô muito triste por não saber o que fazer e por não saber, como lidar com ela”. Aqui observamos que do ponto de vista psicológico, é muito útil oferecer diálogos onde essas questões possam aparecer e discutir quais as possibilidades de ações nessas situações. Não desvalorizar as crenças e a fé das pessoas, mas acrescentar o que elas podem de fato fazer, como tolerar aquilo que não pode controlar, aceitar riscos da vida e quem sabe, dessa forma ganhar mais confiança nas relações com os/as filhos/as e na vida.

Esta mãe mostra que há um aspecto de mistério no “não saber o que fazer”, como vimos em Michel Henry, que mostrava o quanto às pessoas para escapar da irrealidade das produções ideais submergem na vida, seja ela instintiva ou inconsciente, sobrenatural ou mística, e mostrou também que há muitos significados para Vida e em cada um desses significados uma essência misteriosa, a essência que nos faz viventes (Henry, 2010).

Sobre as questões das vivências de aspectos positivos e as dificuldades na relação com sua filha, a mãe traz como aspectos positivos a vivência de alegria em vê-la a cada dia “viva do meu lado, quando ela tá fora da crise ela é uma menina alegre, feliz, isso me faz feliz de ver que a minha filha é uma pessoa feliz, ela apenas tá doente, então eu sou muito feliz de ter ela na minha vida”. Sobre as dificuldades a mãe reforça a dificuldade em “dizer um não pra ela”, tendo medo que ela se desespere e tenha uma crise.

Percebemos que a eclosão de uma crise está para mãe relacionada à relação entre ela, onde a negativa da mãe poderia eclodir uma crise; por mais que tenha componentes biológicos no transtorno bipolar, é a partir de dificuldades relacionais que a crise pode aparecer na relação entre elas. A mãe tem noção da quantidade considerável de medicações que ela faz uso, alguns fornecidos pelo CAPS, outros ela tem que comprar. A família algumas vezes ajuda (parcelando no cartão de crédito), porém, o pai não tem uma situação financeira boa para ajudar a filha.

A próxima questão é como ela vivencia tudo isso e mais uma vez ela se remete à sua fé em Deus: “eu não tenho de ninguém, eu só tenho ajuda de Deus” da assistente social do CAPS, da psiquiatra e psicóloga dela. Não tem ajuda da família. Ela comenta que há pessoas que acham que é “preguiça” (como ela achou a princípio) dela e que ela faz tudo o que faz

pela filha porque ela a “dominou”, mas ela faz porque quer. A única pessoa que a apoia é sua mãe, que lhe diz para ela não se preocupar, que isso vai passar.

Conta que a família julga muito: que dizem “uma moça dessa tão bonita gorda, preguiçosa, só dormindo”, que esses comentários a machucam e que tenta fazer com que sua filha não ouça nem seja perturbada: “eu vivo exclusivamente 24 horas do dia pra ela, eu esqueci, eu fazia hidroginástica, eu não vou, porque eu tenho medo de deixar ela só, então eu tive um pico de pressão agora dia 06 de setembro, nunca minha pressão tinha saído de 12/8 muitas coisas, meu pai doente, o meu pai tem 79 e minha mãe tem 75, num tá dormindo (mãe) e a minha irmã é viúva, e eu ajudando também e ela desse jeito (se referiu a filha), aí eu me preocupei tanto, tanta coisa, eu acho que sobrecarregou sobre mim, que a minha pressão subiu, ficou em 18, aí eu fui parar num hospital, me sentindo muito mal, um sufoco, uma dor de cabeça, uma dor aqui desesperada, aí depois que me deram um remédio rápido pra pressão, que eu melhorei e voltei pra casa, aí eu tô com médico marcado pra amanhã, cardiologista. Nunca a minha pressão tinha subido, nem quando a gente fica gestante, nunca subiu a minha pressão e agora eu tô com 57 anos né, quer dizer, acho que foi um alerta, te cuida, porque até médico meu, já faz dois anos, que eu não faço o meu check-up, não fiz nada, não fiz nada mesmo, pra não deixar ela só em casa, porque é só eu e ela, aí se eu for pedir pra um vizinho ou um irmão olhar ela pra mim, aí eles dizem tá, tá, vai, aí quando eu chego, não tem ninguém olhando ela, aí eu acho que esse meu desespero tá causando isso em mim, que eu não tô sabendo me controlar”.

O desespero também aparece nesta mãe, de seu modo, lembramos que Michel Henry desenvolve a tese que “no desespero e na depressão o eu está mais presente do que nunca” (Henry, 2014, p. 42), trata-se de um desespero do eu a respeito de si mesmo. O autor sempre traz Soren Kierkegaard para dialogar com a questão do desespero, diz o autor dinamarquês: “Não se desespera por não se ter tornado César, mas desespera-se deste eu que o não é¹⁰”, neste caso, a mãe de Vania desespera-se em seu eu, por não ser, agir ou sentir como gostaria, por não poder curar ou evitar as situações de sua filha e mais profundamente, por não poder evitar seus próprios sentimentos, controlar as modalizações afetivas em sua vida. No entanto, é deste desespero que a mãe de Vania encontra uma esperança, e tal esperança advém da religião, da fé em Deus, daquilo que é invisível e poderoso. Ela tem esperanças que no futuro sua filha possa ultrapassar tais crises.

¹⁰Kierkegaard, S. (1943), *Traité du désespoir*. Trad. De K. Ferlov e J. Gateau. Paris: Gallimard. Essa foi a obra citada por Michel Henry.

Ao responder à questão sobre se o meio externo influencia na doença da sua filha ela responde que não: “Não, ela conversa com todo mundo, ela brinca, é como se nada ela tivesse, é quando ela está em casa junto com a gente é que sempre dá essas crises”, mostrando-nos que é nas relações familiares que as crises aparecem com maior frequência, de modo que as relações têm um papel que estimula as crises de Vania.

A mãe de Vania mostra à entrevistadora como a filha agiu com ela (mãe) e com a própria pesquisadora, vejamos: “você viu ela conversa comigo, ela conversou com a senhora, nunca deu esse problema dela na rua nunca, ela convive normal no meio externo, ninguém diz que ela tem esse problema quem não sabe, só admite quando vê ela na crise, eu tenho um irmão também que agora ele viu ela com crise, aí ele acreditou, porque eu fiquei 3 anos só eu e ela que sabia disso, o pai dela nunca tinha visto ela na crise, aí quando foi uma vez ele chegou e viu ela na crise, ele ficou desesperado, aí ele olhou assim pra mim e disse: é só agora eu tô entendendo o que tu tá vivendo, porque ele sabe como é a minha vida pelos filhos”. Vemos aqui que o problema de Vania é só vivido por ela, mas vivemos em comunidade, a sua mãe desvela o seu próprio sofrimento. O sofrimento atinge a mãe, atinge o irmão e o pai, que também se desespera!

Observamos como a vida desta mãe, em sua afecção primeira, como Henry (2002) descreve, não é de modo algum afetada por algo diferente dela mesma. A sua vida constitui o conteúdo que recebe e que a afeta.

A mãe de Vania se ampara na própria mãe: “até a minha mãe diz pra mim, minha filha eu nunca vi uma mãe assim, tu é demais por esses filhos, aí foi quando ela começou ver o que tava acontecendo com ela, ela disse é, mas só agora eu entendi, porque eu não falava pra ninguém, porque eu ficava com medo do julgamento, eles só foram saber quando foram vendo as crises acontecendo, como aconteceu na casa da minha mãe no interior em Barcarena”. A mãe conta que não basta a sua família, a comunidade, ficar sabendo dos acontecimentos, é preciso vivê-los, senti-los, o que só é possível presenciando na relação com Vania, aí sim as pessoas, sentindo na pele, em sua vivência, em sua carne podem compreender que se trata de uma complexidade maior do que pensavam. O conhecimento vem dos afetos que surgem em cada um, aí a compreensão intelectual das crises de Vania mudam em cada pessoa que se relaciona com elas.

A pesquisadora pergunta novamente: “quer dizer que o meio externo não influencia na doença dela?” E a mãe reafirma: “Não, quanto mais ela tiver alegre, rindo, conversando tá tudo bem pra ela, isso que tem hora assim que eu às vezes não entendo meu Deus, por que acontece isso com a minha filha, quando ela tá ocupada assim brincando, rindo não acontece,

lá na Faculdade aconteceu duas vezes, ela começa sentindo a dor de cabeça é uma dor de cabeça imensa, ela tem que vir pra casa. Aconteceu uma vez na igreja, ela tava em oração, aí ela começou a sentir dor de cabeça e desmaiou, aí vieram deixar ela em casa, nesse dia ela não quis de nenhum jeito que eu fosse pra igreja com ela, disse: *não, eu quero ir sozinha, eu quero ir sozinha*, parece uma coisa assim, meia hora depois que ela tinha saído de casa, trouxeram ela, ela desmaiado, aí eu fico desesperada, por isso o meu desespero de ela sair só”.

Do ponto de vista clínico fica claro nesta fala da mãe a importância da relação com alguém significativo e ninguém melhor que uma mãe preocupada e atenta para ajudar sua filha, nem que lhe custe deixar de lado sua própria vida, para esta mãe, é a vida que ela tem e está sempre disposta a enfrentar as dificuldades. A mãe mostra um fator de surpresa no início das crises, uma dor de cabeça, que é imprevisível. Esta imprevisibilidade é outro fator que a mãe não consegue associar a nenhum fato lógico que justifique a eclosão de uma crise.

Insistindo se o meio externo influencia, pela terceira vez a mãe diz que não. É interessante, pois isso corrobora uma tese de Michel Henry sobre o sentir-se a si mesmo independente do que ocorre no exterior. Isso não quer dizer que não sejamos influenciados pelos outros, externos a nós, mas os vivenciamos em nossos afetos, o outro é afeto em mim. Essa é uma forma de pensar a fenomenologia da vida inédita na psicologia, pois como vimos no capítulo sobre a fenomenologia da vida nesta dissertação, o afeto antecede a intencionalidade, o afeto está na origem de toda razão e de todas as fenomenologias como modo de pensar os fenômenos humanos.

Sobre como a mãe se sente hoje em relação ao futuro, a mãe mostra mais uma vez sua preocupação: “meu futuro, eu não penso em mim, eu penso nela, muito preocupada assim de ela sarar logo e ficar boa, porque o meu futuro daqui pra frente, é seja o que Deus quiser, é como eu disse pra ela, depois dos 50 anos, papai do céu tá preparando a minha casinha, então ele pode me chamar e eu posso partir, eu digo isso pra ela, então o meu futuro é a minha preocupação com ela, com a saúde dela, que ela fique boa antes de eu partir”. A mãe fala sobre a morte com a filha, de modo que a finitude está também no horizonte de Vania.

Na compreensão da mãe há uma esperança que ela sare logo, de modo que a doença seja exterminada, pois o destino de cada um de nós é sentir uma solidão maior que a vivida até então, uma solidão decorrente da separação ou de não poder ser mais acompanhada por alguém, pela própria mãe. Cada um tem um tormento, como diz Henry (2014, p. 42): “é precisamente o que faz entrar o desespero – isto é, no fundo de si mesmo, toda depressão – no tormento que é o seu”. Mas a mãe revela que o tormento de Vania é acompanhado por ela, que um dia não será mais, de qualquer forma, Vania vive o que é seu, sempre, na presença ou

ausência de alguém, pois como afirma Henry (2014, p. 44): “a vida não cessa de se dar dando-se a nós”.

No final, a pesquisadora pergunta há quanto tempo sua filha é assistida no CAPS e a mãe responde que há três anos em meio, ao todo quatro anos com tratamento psicológico e psiquiátrico; e lhe oferece a oportunidade de dizer livremente algo que gostasse. Ao que a mãe finaliza a entrevista assim: “A única coisa que eu queria dizer pra todas as mães, que tenham muito amor e muita paciência, porque o remédio cura 50 %, mas os 50% que vai curar é a paciência e o amor de cada uma de nós, sem o amor não existe cura e o de Deus é o principal, a fé”. Amor, paciência, “sem amor não existe cura”, sábias palavras de uma mãe em sofrimento e a fé como elemento essencial para ela. Aqui terminamos uma análise a partir da fenomenologia da vida, a mãe cita o remédio e a espiritualidade. Henry (2014, p. 44) afirma: no domínio da psiquiatria, é sempre esta vida dos indivíduos que define o verdadeiro tema da investigação, da teoria e da terapia. A interdisciplinaridade já não é aqui um piedoso voto, é o trabalho e o pão quotidiano daqueles que, psiquiatras e filósofos, uma mesma finalidade reúnem: devolver uma vida doente, talvez doente de uma doença mortal, ao seu poder e felicidade de viver – a essa vida que Kafka diz “que em nada é hostil”.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pudemos ver nas entrevistas como ocorreu a fenomenalidade das relações entre as perguntas realizadas pela pesquisadora e as respostas das respondentes. Pudemos também observar como cada respondente vive sua vida relacional. As mães mostraram como cada eu se diferencia do eu de suas filhas porque o são originariamente ele mesmo, cada eu o é em sua auto afecção (Henry, 2002). De acordo com Michel Henry é este ser si mesmo na própria afetividade que coloca cada vida pessoal em relação consigo mesma. De modo a fazer com que a afetividade de cada uma seja a vida própria em sua imanência radical, ou seja, única, opondo-se ao mesmo tempo a qualquer outra afetividade, no sofrimento absoluto de sua individualidade radical. Cada mãe, cada filha, apresenta um sofrimento único e peculiar, mesmo que proximamente relacionado ao sofrimento daqueles que amam.

As mães têm uma preocupação com o futuro das filhas, quando estas venham a ser mãe e não terão mais a presença delas. A fenomenalidade das relações entre elas mostra esse cuidado das mães com suas filhas, seja em relação ao futuro como em relação ao contato com o mundo exterior atual, as pessoas, amigos, amigas, companheiros/as, trabalho, pessoas estranhas.

As filhas mostram dificuldades na proximidade de pessoas que possam invadir suas vidas, sentem depressões, reagem com intensidade, agressividade e desespero. Sentem-se vulneráveis. Entram em crises nas relações, mas é nas relações com as mães cuidadoras que encontram amparo, segurança, esperança, apoio, enfim, amor.

Procuramos mostrar que a questão do transtorno bipolar em uma pessoa não se trata apenas da crise em um sujeito e de um sujeito. Trata-se de um transtorno que afeta o seio da família, as relações intrafamiliares e comunitárias. É por assim dizer uma crise das relações humanas e como se estabelecem, de modo que se a crise surge nas relações é nas relações que podem ser amparadas e transformadas para melhorar as mesmas relações!

Pudemos ver como as imprevisíveis reações de depressão e agressividades de Joana e Vania marcam suas vidas e a vida relacional com as outras pessoas. Como afirmava Henry (2014), a sensibilidade na tristeza ou depressão, na agitação ou na mania são modalidades afetivas movidas em um fundo comum, o fundo comum da afetividade. Vimos que se trata de jovens

sensíveis e elas puderam nos mostrar a seu modo, como se desvela sua sensibilidade e como elas aparecem como essenciais em suas relações com as pessoas e com o mundo. Todas as suas relações, sejam com os pais, no trabalho, nos estudos, com estranhos, mostraram-nos

como toda relação é afetiva e só pode produzir-se como tal (Henry, 2015). As ideias, pensamentos, razões são modalidades de como a vida se manifesta, em última análise, são manifestações e modalidades afetivas de como a vida se desvela nelas.

A cuidadosa compreensão das mães de Joana e Vania nos mostra como o compreender é afetivo, tal como afirmava Henry (2014). É uma determinação afetiva de cuidado, de amparo, de suporte, de apoio, de orientação e de exemplos para que suas filhas possam algum dia incorporar em si, *corpo apropriando-se* de modo mais equilibrado das manifestações impulsivas ou de desânimos em suas próprias vidas.

Como esse compreender é um fenômeno afetivo, as mães e as filhas nos mostram como é nas relações que podem encontrar o que elas chamam de “cura” e que nós sublinhamos como “transformações”. Cada uma a seu modo vai *corpo apropriando-se*¹¹ de suas vivências, nas relações com os cuidadores, a princípio a família, mas também os cuidadores do CAPS, como a assistente social, os médicos e psicólogos, bem como os companheiros, pais, irmãos e amigos. Mais do que uma disfunção biológica, importante e real, é o sentido que vão dando as suas vidas que permite novas possibilidades de viver, de desistir do suicídio, ou ao menos, questioná-lo, percebendo que há outras possibilidades de viver a própria vida.

A vida é por elas - mães e filhas - percebida mediante afeções, ou seja, quando elas são afetados através das sensações, como ver e tocar, tristezas, depressões, medos, desesperos, mas também alegrias, esperanças, amor. Para as filhas, seus afetos são por vezes incontroláveis ou impulsivos, mas em outros momentos conseguem refletir sobre suas ações e se percebem mais estáveis, controladas e dispostas a seguir outros caminhos possíveis, de modo a sentir seus afetos *corpoapropriados* em si mesmas.

Michel Henry nos mostra como na afeção do ser humano ele pode ser afetado por diversos sentimentos, sejam positivos ou negativos para si ou para a sociedade. *Corpoapropriar-se* de seus afetos é poder tomar posição em relação a essa afeção violenta, de modo a perceberem que é possível ter controle daquilo que sentem e são afetadas. Seus sentimentos são vividos nas relações por vezes de modo violento para si e para os outros, e ficam desamparadas e submergidas na violência de seus afetos. Neste momento, surgem os cuidadores, que se aproximam por meio das relações.

Vimos que para Joana e Vania "o outro", diferente delas, é vivido como algo desconhecido do si mesmo. Ao serem afetadas por aquilo que lhes é estranho, as constitui e

¹¹ De acordo com Martins (2017, p. 53): “O corpo não é apenas o lugar de minhas alegrias e dores, ele é o lugar de encontro com os outros”.

se tornam algo familiar (Martins, 2015). Esse algo se torna familiar quando veiculado na relação de cuidado com alguém significativo, como a mãe ou a assistente social, o pai ou um amigo, que com afeto de carinho e amparo faz com que suas reações positivas ou negativas não sejam tão estranhas a elas e aos outros. Mas, a confiança não aparece com todos e o preconceito que sentem ainda as mantém em dúvidas e inseguranças.

Henry (1990), tal como nos mostrou Martins (2015), faz referências às doenças do corpo como doenças da alma ou do espírito, tal como referido pela mãe de Vania e também pela mãe de Joana e o filósofo francês afirma que fenomenologicamente todas as modalidades do sentir são atravessadas pelo sentimento de outro vindo de algum lugar.

Os sentimentos desvelados por Joana e Vania, tanto quanto de suas mães, pela revelação que trazem na relação com a pesquisadora, mostram que pela presença de afeto o outro também se revela. Não há um momento sequer que na linguagem das entrevistadas a questão relacional não aparecesse. Neste trabalho, pudemos ver que a técnica dos profissionais e a ética nas relações se fundem com o propósito de uma melhora à vida de cada ser humano em foco, mostrando-nos o que se deve fazer.

Por fim, a fenomenologia da vida nos mostrou como a relação com o outro passa pelo *corpoapropriação* das afecções da vida em meu corpo vivo. O outro é vivenciado em mim e de acordo com Martins (2017, p. 110): “**o outro dá-se como afeto**” em mim, seja afeto de raiva ou medo, seja afeto de estabilidade e amor, seja na raiva onde a relação é afastada, ou na estabilidade e amor, onde a relação é de proximidade e transformativa, pois corpoapropria o afeto em si, em sua carne vivente, mostrando que é possível ter esperanças e sair do desespero.

Joana e Vania nos fizeram conhecer como se desvela a fenomenalidade de suas relações, bem como a de suas mães e entre elas, conhecemos suas ações na Vida pelo sentir. Pelo sentir que as conhecemos, e uma conheceu mais a outra. A fenomenologia da vida permitiu-nos conhecer “*aquilo em que vivemos*” (Martins, 2017, p. 9) em nós, pesquisadora, orientador, leitor.

Conforme os relatos das 4 (quatro) entrevistadas, verificamos que a hipótese deste trabalho se confirmou, ou seja, o Transtorno Bipolar não afeta somente a pessoa que o tem, mas também seu familiar cuidador, assim como toda a família que vive em torno ao problema. As relações interpessoais entre os envolvidos se desvelam como importantes no início das crises e transtorno, bem como nas possibilidades de transformações dos mesmos.

O Transtorno Bipolar não afetou somente Joana e Vania, mas afetou também as mães (cuidadoras) pelas preocupações e sofrimento com relação as suas filhas, também alguns

membros da família que apesar de não serem cuidadores, ficaram surpresos ou desesperados quando constataram de fato a doença de Joana e Vania e a lida do dia a dia das mães.

Vemos que o sofrimento não necessariamente paralisa, não é a priori negativo, mas tem seus aspectos positivos e pode ser muito importante conhecê-lo (não apenas combatê-lo) e aproveitar o que há de positivo e útil no mesmo. *“Sofrer e fruir, o sofrimento e alegria na sua possibilidade, originária conjunta e indistintamente compõem e designam a fenomenalização da vida na sua própria fenomenalidade, a afetividade”* (Ferreira & Antúnez, 2013, p. 92-96).

Assim vimos que a fenomenalidade das relações de Joana e Vania e suas mães cuidadoras se revelaram em suas falas confirmando que essas relações foram afetadas por impossibilidades de relação de confiança, amizade e proximidade em determinados momentos da vida e após as crises e tratamento em ambiente psicossocial, foi possível, a partir das relações na área da saúde e principalmente no seio da família, transformar o sofrer que parecia paralisar em fruir.

Esta pesquisa foi bem relevante e agregou novos conhecimentos para a pesquisadora, que tinha apenas a vivência de cuidar de sua filha que tem Transtorno Bipolar. Trabalhar com parte da Fenomenologia da Vida foi muito interessante, pois despertou na pesquisadora uma grande vontade em aprofundar mais estudos sobre o filósofo Michel Henry e nos desenvolvimentos realizados pela filósofa portuguesa Florinda Martins.

REFERÊNCIAS¹² CITADAS

- Aparecido, M. N., Alburquerque, L., & Uga, D. A. (2010). O intenso e vazio viver maníaco-melancólico. *ConScientiae Saúde*, 9(3).
- American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM - IV (4ª ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). (n.d). O Paciente com transtorno mental e a família. Recuperado em 23 de julho, 2016, de <http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping==14199>.
- Besteiro González, J. L; Martínez-Sierra, G; Pérez Álvarez, M; Lemos Giráldez, S. (2005). Rescate de una psicopatología olvidada y marginada: el tempo.
- Borba, L.O., Schwartz, E. & Kantorski, L.P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta paulenferm*, 21(4), 588-94.
- Camargo Jr, K. R. (2007). As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 63-76.
- Costa, V. E. S. M., & Medeiros, M. (2009). O tempo vivido na perspectiva fenomenológica de Eugène Minkowski. *Psicologia em Estudo*, 14(2), 375-383.
- Dias, Darlen Neves Silva. (2013). A humanização como dispositivo tecnológico no cuidado em saúde: um olhar sobre a Unidade Mista de Saúde de Barcarena. Dissertação (Mestrado) - UFPA, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém. Recuperado em 22 de agosto, 2015, de <http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/viem/2975.>>.
- Dias, R. S.; Kerr-Corrêa, F.; Torresan, R. C. & Santos, C. H. R. (2006) Transtorno bipolar do humor e gênero. *Rev. Psiq. Clín.* 33 (2); 80-91.
- Faizibaioff, D. S., & Antúnez, A. E. A. (2015). O aspecto pessoal (vivido) em Minkowski como fundamento diagnóstico e metodológico da Psicopatologia Fenômeno-Estrutural. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 35(88), 39-58.
- Ferreira, M. V., & Antúnez, A. E. A. (2013). Intersubjetividade em Michel Henry: relação terapêutica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19(1), 92-96.
- Filho, V. G. (2013). Entrevista Roda Viva. Recuperado em 22 de maio, 2015 de <https://www.youtube.com/watch?v=ceqZBSvPnE8>.
- Guarido, Renata. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. In: *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. Recuperado em 16 de setembro, 2015 de <http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf.>>.

¹²De acordo com o estilo da APA (American Psychological Association)

- Henry, M. (2015). La esencia de la manifestación. (Trad. Miguel García-Baró; Mercedes Huarte). Ediciones Sígueme. Salamanca. (Originalmente publicado em 1963)
- Henry, M. (2014). Encarnação – Uma filosofia da carne. Tradução Carlos Nogueé. São Paulo: E Realizações. (Originalmente publicado em 2000)
- Henry, M. (2014). Sofrimento e vida. In Antúnez, A.E.A; Martins, F; Ferreira, M. (tradução de Karin Hellen Kepler Wondracek) Fenomenologia da vida de Michel Henry – Interloquções entre filosofia e psicologia. São Paulo: Editora Escuta, pp. 33-44. (Originalmente publicado em 2003).
- Henry, M. (2010). Fenomenología de la vida. 1. ed. Buenos Aires: PrometeoLibros.
- Henry, M. (2002). Prefácio/Avant-Propos. In Martins, F. (2002). Recuperar o Humanismo – Para uma Fenomenologia da Alteridade em Michel Henry. Cascais: Principia. pp.7-9
- Henry, M. (1990). Phénoménologie Matérielle. Paris, France: PUF
- Henry, M. (1987). La barbarie. Paris, France: Grasset
- Henry, M. (1963/2015). La esencia de la manifestación. (Trad. Miguel García-Baró; Mercedes Huarte). Ediciones Sígueme. Salamanca.
- Jaspers, K. (1979). Psicopatologia geral. Volume I. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu. 2ª edição.
- Lopes, F. L. (2012) Transtorno Bipolar do Humor na atualidade: resultados preliminares de um centro especializado em transtornos afetivos. Salvador: FL, IV, 57p.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-Dsm V. (2014). 5ª Ed.
- Martins, F. (2017). Estátuas de Anjos – para uma fenomenologia da vida e da clínica. Lisboa: Edições Colibri.
- Martins, F. (2015). Afeição e filosofia primeira: relação entre fenomenologia e ciências. Revista Psicologia USP, volume 26, número 3, pp.371-377
- Martins, F. (2014). Fenomenologia da Vida: O que pode um sentimento? In: Antúnez, A.E.A; Martins, F.; Ferreira, M. (tradução de Karin Hellen Kepler Wondracek) Fenomenologia da vida de Michel Henry – Interloquções entre filosofia e psicologia. São Paulo: Editora Escuta, pp.16-31.
- Martins, F. (2008). O sentir e a imaginação, na fenomenologia da dor e do sofrimento: Michel Henry/Jean-Luc Marion. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(2).

- Martins, F. (2002a). *Recuperar o Humanismo - Para uma fenomenologia da alteridade em Michel Henry*. Principia, Publicações Universitárias e Científicas: Cascais.
- Moreno Vânia; Alencastre, Márcia Bucchi. (2003). A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. In: *RevEscEnferm, USP*; 37(2):43-50. Recuperado em 25 de setembro, 2015 de, < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid_arttext&pi=S0080-62342003000200006>.
- Moreira, V., & Bloc, L. (2012). Fenomenologia do tempo vivido no transtorno bipolar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(4), 443-450.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Editora Artes Medicas Sul.
- Pellegrinelli, K. B.; Roso, M. C.; Moreno & R. Alberto. (2010) A relação entre a não adesão ao tratamento e falsas crenças de pacientes bipolares e seus familiares. *Ver PsiqClín.*;37(4):183-4.
- Pereira, L. L., DIAS, A., Caeran, J., Collares, L., & Penteadó, R. (2010). Transtorno bipolar: reflexões sobre diagnóstico e tratamento.
- Quem-nao-tem-alteracao-de-humor-que-atire-primeira-pedra-b-i-p-o-l-r/.(n.d.). Recuperado em 16 de dezembro, 2017, de <http://www.diasparaviver.com.br/>.
- Sajatovica, M. & Chen, P. (2012). Trastorno bipolar geriátrico. *PsiqBiol.*;19(3):76–83.
- Santana, Ana Maria de; Barreto, Carmem Lúcia Brito Tavares. (2013). Saúde e Sofrimento: Possibilidades Compreensivas da Fenomenologia Existencial ao Modo de Heidegger. In: *Anais do I Congresso Brasileiro de Psicologia & Fenomenologia - Corpo, existência e cognição: fundamentos e diversidade*. Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR: UFPR.
- Sant'Ana, Marília Mazzucoet al. (2011). O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v.20, n.1, p. 50-58, Mar. Recuperado em 19 de setembro, 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000100006&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Silveira, Daniele Pinto da; Vieira, Ana Luiza Stiebler. (2005). Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. In: *Estudos e pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, ano 5, n.1, 1º semestre. Recuperado em 24 de agosto, 2015, de < <http://www.revispsi.uerj.br/v5n1/artigos/a06.pdf>.
- Stuart GW. (2001). Papéis e funções dos enfermeiros psiquiátricos: cuidado competente. In: *Stuart GW; Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. 6. ed. Porto Alegre (RS): Artmed.

- Trancas, B. & Santos, N. B. (2012). A Temporalidade na Experiência Maníaca: Uma Revisão Selectiva. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*.
- Tucci, A. M., Kerr-Corrêa, F., & Dalbenc, I. (2001). Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla. *RevBrasPsiquiatr*, 23(2), 79-87.
- Wondracek, Karin H.K. (2015). A fenomenologia da vida de Michel Henry: introdução e possíveis contribuições à psicologia da religião, X Seminário de Psicologia e Senso Religioso, Curitiba, PUCPR.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Abreu, J. L. P. (2006). Introdução à Psicopatologia Compreensiva. Fundação CalousteGulbenkian, 4^o edição.
- Aparecido, M. N., Alburguergue, L., & Uga, D. A. (2010). O intenso e vazio viver maníaco-melancólico. *ConScientiae Saúde*, 9(3).
- American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM - IV (4^a ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Antúnez, Andrés E. A.; Martins, Florinda; Ferreira, Maristela V. (ORGS.). (2014). Fenomenologia da Vida de Michel Henry: interlocuções entre filosofia e psicologia. São Paulo: ESCUTA.
- Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). (n.d). O Paciente com transtorno mental e a família. Recuperado em 23 de julho, 2016, de <http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping==14199>.
- Bello, Angela Alles. (2006). Introdução à fenomenologia. Bauru, SP: EDUSC.
- Bello, Angela Ales. (2006). Introdução à Fenomenologia. Tradução: Ir. Jacinta Turolo Garcia e Miguel Mahfoud. Bauru-SP : Edusc (Coleção Filosofia e Política).
- Besteiro González, J. L; Martínez-Sierra, G; Pérez Álvarez, M; Lemos Giráldez, S. (2005). Rescate de una psicopatología olvidada y marginada: el tempo.
- Borba, L.O, Schwartz, E. & Kantorski, L.P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta paulenferm*, 21(4), 588-94.
- Camargo Jr, K. R. (2007). As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 63-76.
- Costa, V. E. S. M., & Medeiros, M. (2009). O tempo vivido na perspectiva fenomenológica de Eugène Minkowski. *Psicologia em Estudo*, 14(2), 375-383.
- Dias, Darlen Neves Silva. (2013). A humanização como dispositivo tecnológico no cuidado em saúde: um olhar sobre a Unidade Mista de Saúde de Barcarena. Dissertação (Mestrado) - UFPA, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém. Recuperado em 22 de agosto, 2015, de <http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/viem/2975.>>.
- Dias, R. S.; Kerr-Corrêa, F.; Torresan, R. C. & Santos, C. H. R. (2006) Transtorno bipolar do humor e gênero. *Rev. Psiq. Clín.* 33 (2); 80-91.
- Dunker, Christian Ingo Lenz. (2015). Mal estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Bomtempo, (Col. Estado de Sítio).

- Dunker, Christian Ingo Lenz. O real e a verdade do sofrimento. (n.d) Sofrimento: das neuroses de caráter dos anos 1940 às depressões, pânicos e anorexias dos anos 2000. In: Cult.Recuperado em 10 de outubro, 2017, de: <<http://revistacult.uol.com.br/home/2012/11/o-real-e-a-verdade-do-sofrimento/>>.
- Dunker, Christian Ingo Lenz. (2004). Formas de apresentação do sofrimento psíquico: alguns tipos clínicos no Brasil contemporâneo. In: Revista Mal Estar e Subjetividade, v.4 n.1 Fortaleza mar.Recuperado em 05 de outubro, 2015, de:<http://pepsic.bcsalud.org/sielo.php?pid=S1518-61482004000100005&script=sci_arttext>.
- Faizibaioff, D. S., & Antúnez, A. E. A. (2015).O aspecto pessoal (vivido) em Minkowski como fundamento diagnóstico e metodológico da Psicopatologia Fenômeno-Estrutural. Boletim Academia Paulista de Psicologia, 35(88), 39-58.
- Ferreira, M.V; Antúnez, A.E.A. (2014). Fenomenologia de Michel Henry e a Clínica Psicológica: Sofrimento Depressivo e Modalização.(n.d.). Recuperado em 23 de junho, 2016, de <http://docslide.com.br/documents/andres-eduardo-aguirre-antunez-fenomenologia-de-michel-henry-e-a-clinica.html>. Psicologia em Estudo, Maringá, v.19, n.2, p.309-319, abr/jun.
- Ferreira, M. V., & Antúnez, A. E. A. (2013). Intersubjetividade em Michel Henry: relação terapêutica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19(1), 92-96.
- Filho, V. G. (2013). Entrevista Roda Viva. Recuperado em 22 de maio, 2015 de <https://www.youtube.com/watch?v=ceqZBSvPnE8>.
- Godoy, Arilda Schmidt. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. In: Revista de Administração de Empresas, v. 35, n. 2, Mar/Abr.
- Guarido, Renata. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. In: Educação e Pesquisa, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. Recuperado em 16 de setembro, 2015 de<<http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>>.
- Henry, M. (2015). La esencia de la manifestación. (Trad. Miguel García-Baró; Mercedes Huarte). Ediciones Sígueme. Salamanca. (Originalmente publicado em 1963)
- Henry, M. (2014). Encarnação – Uma filosofia da carne. Tradução Carlos Nogue. São Paulo: E Realizações. (Originalmente publicado em 2000)
- Henry, M. (2014). Sofrimento e vida. In Antúnez, A.E.A; Martins, F; Ferreira, M. (tradução de Karin Hellen Kepler Wondracek) Fenomenologia da vida de Michel Henry – Interlocações entre filosofia e psicologia. São Paulo: Editora Escuta, pp.33-44. (Originalmente publicado em 2003).
- Henry, M. (2010). Fenomenología de la vida. 1. ed. Buenos Aires: PrometeoLibros
- Henry, M. (2009). Genealogia da psicanálise: o começo perdido. Curitiba: UFPR.

- Henry, M. (2002). Prefácio/Avant-Propos. In Martins, F. (2002). *Recuperar o Humanismo – Para uma Fenomenologia da Alteridade em Michel Henry*. Cascais: Principia. pp.7-9
- Henry, M. (1990). *Phénoménologie Matérielle*. Paris, France: PUF
- Henry, M. (1987). *La barbarie*. Paris, France: Grasset
- Henry, M. (1963/2015). *La esencia de lamanifestación*. (Trad. Miguel García-Baró; Mercedes Huarte). Ediciones Sígueme. Salamanca.
- Hussel, Edmund. (2000). *A idéia da fenomenologia*. Tradução Artur Morão. Rio de Janeiro: Edições 70.
- Jaspers, K. (1979). *Psicopatologia geral*. Volume I. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu. 2ª edição.
- Lopes, F. L. (2012) *Transtorno Bipolar do Humor na atualidade: resultados preliminares de um centro especializado em transtornos afetivos*. Salvador: FL, IV, 57p.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Dsm V.(2014). - 5ª Ed.
- Martins, F. (2017). *Estátuas de Anjos – para uma fenomenologia da vida e da clínica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Martins, F. (2015). *Afeição e filosofia primeira: relação entre fenomenologia e ciências*. *Revista Psicologia USP*, volume 26, número 3, pp.371-377.
- Martins, F. (2014). *Fenomenologia da Vida: O que pode um sentimento?* In: Antúñez, A. E. A; Martins, F; Ferreira, M. (tradução de Karin Hellen Kepler Wondracek) *Fenomenologia da vida de Michel Henry – Interloquções entre filosofia e psicologia*. São Paulo: Editora Escuta, pp.16-31.
- Martins, F. (2008). *O sentir e a imaginação, na fenomenologia da dor e do sofrimento: Michel Henry/Jean-Luc Marion*. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(2).
- Martins, F. (2002a). *Recuperar o Humanismo - Para uma fenomenologia da alteridade em Michel Henry*. Principia, Publicações Universitárias e Científicas: Cascais.
- Moreno Vânia; Alencastre, Márcia Bucchi. (2003). *A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico*. In: *RevEscEnferm, USP*; 37(2):43-50. Recuperado em 25 de setembro, 2015 de, < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid_arttext&pi=S0080-62342003000200006>.
- Moreira, V., & Bloc, L. (2012). *Fenomenologia do tempo vivido no transtorno bipolar*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(4), 443-450.

- Minayo, M. C. de S. (Org.). (2011) Pesquisa social: teoria método e criatividade. 30ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Oliveira, Maria Marly de. (2012). Como fazer pesquisa qualitativa. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Editora Artes Medicas Sul.
- Palestra da Prof.^a Dr.^a Karin Wondracek.(n.d.). Experiência Elementar e Fenomenologia da Vida de Michel Henry. Recuperado em 30 de julho, 2017 de <https://www.youtube.com/watch?v=950bwJfYh-s>.
- Pellegrinelli, K. B.; Roso, M. C.; Moreno & R. Alberto. (2010) A relação entre a não adesão ao tratamento e falsas crenças de pacientes bipolares e seus familiares. Ver PsiqClín.; 37(4):183-4.
- Pereira, L. L., DIAS, A., Caeran, J., Collares, L., & Penteadó, R. (2010). Transtorno bipolar: reflexões sobre diagnóstico e tratamento.
- Quem-nao-tem-alteracao-de-humor-que-atire-primeira-pedra-b-i-p-o-l-r/. (n.d.). Recuperado em 16 de dezembro, 2017, de <http://www.diasparaviver.com.br/>.
- Romero, E. (1994). O inquilino do imaginário: Formas de alienação e psicopatologia. São Paulo: Lemos Editorial.
- Sajatovica, M. & Chen, P. (2012). Trastorno bipolar geriátrico. PsiqBiol.;19(3):76–83.
- Santana, Ana Maria de; Barreto, Carmem Lúcia Brito Tavares. (2013). Saúde e Sofrimento: Possibilidades Compreensivas da Fenomenologia Existencial ao Modo de Heidegger. In: Anais do I Congresso Brasileiro de Psicologia & Fenomenologia - Corpo, existência e cognição: fundamentos e diversidade. Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR: UFPR.
- Sant'Ana, Marília Mazzucoet al. (2011). O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v.20, n. 1, p. 50-58, Mar. Recuperado em 19 de setembro, 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000100006&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Silveira, Daniele Pinto da; Vieira, Ana Luiza Stiebler. (2005). Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. In: Estudos e pesquisas em Psicologia, UERJ, RJ, ano 5, n.1, 1º semestre. Recuperado em 24 de agosto, 2015, de <http://www.revispsi.uerj.br/v5n1/artigos/a06.pdf>.
- Stein, E. (2007). La estructura de la persona humana. 3ª edición. Madrid: Estudios y Ensayos – BAC – Filosofía y Ciencias. Tradução do original alemão José Mardomingo. (Edição original: *Der aufbau der menschlichen person*, 1994).

- Stuart GW. (2001). Papéis e funções dos enfermeiros psiquiátricos: cuidado competente. In: Stuart GW; Laraia MT. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. 6. ed. Porto Alegre (RS): Artmed.
- Tenório, C. M. D. (2008). A psicopatologia e o diagnóstico numa abordagem fenomenológica–existencial-doi: 10.5102/ucs.v1i1.493. *Universitas: Ciências da Saúde*, 1(1), 31-44.
- Trancas, B. & Santos, N. B. (2012). A Temporalidade na Experiência Maníaca: Uma Revisão Selectiva. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*.
- Tucci, A. M., Kerr-Corrêa, F., & Dalbenc, I. (2001). Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla. *RevBrasPsiquiatr*, 23(2), 79-87.
- Wondracek, Karin H.K. (2015). A fenomenologia da vida de Michel Henry: introdução e possíveis contribuições à psicologia da religião, X Seminário de Psicologia e Senso Religioso, Curitiba, PUCPR.

APENDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal do Pará
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-graduação em psicologia (PPGP-UFGPA)
Mestrado em Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Maria Edileuza Albuquerque Paes, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará, orientanda pelo Prof. Dr. Andrés Eduardo Aguirre Antúnez, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de Universidade Federal do Pará.

Solicitamos sua participação na pesquisa de Dissertação de Mestrado intitulada: *Um estudo fenomenológico sobre a relação da pessoa com transtorno bipolar e seu familiar cuidador* que tem como objetivo: **Compreender a fenomenalidade da relação da pessoa com transtorno bipolar e seu familiar cuidador**. Para esta pesquisa serão realizadas entrevistas fenomenológicas semiestruturadas, as quais terão seus conteúdos gravados para posterior transcrição. Os dados obtidos poderão ser organizados também para produção de artigos e trabalhos científicos, sem que haja, porém, qualquer identificação pessoal e constrangimento para os colaboradores da pesquisa. Portanto, não será divulgado, em hipótese alguma, qualquer dado que possa identificá-los. Somente depois que o colaborador concordar e, estando garantido o total sigilo sobre sua identidade, as informações coletadas poderão ser divulgadas às instituições interessadas, podendo também ser publicadas em jornais ou revistas especializadas, sendo divulgados apenas os dados coletados, sem qualquer informação pessoal, como nome ou descrição que os identifique.

Para a realização desta pesquisa, compreende-se que envolva um mínimo **risco** em virtude de possíveis desconfortos. Caso ocorram serão encaminhados pela pesquisadora para a intervenção junto ao plantão psicológico do CAPS Renascer.

A pesquisadora se compromete a agir com cuidado, responsabilidade e ética, para que não haja constrangimento para os participantes em todos os passos da coleta, análise, discussão e apresentação posterior dos dados.

Será sempre resguardada a identidade e integridade dos colaboradores da pesquisa ao longo da realização e estruturação do estudo. Teremos o empenho para que os benefícios possam superar eventuais riscos possíveis ao longo da pesquisa.

Com relação aos **benefícios**, os resultados desta pesquisa poderão trazer para os sujeitos participantes, para a pesquisadora e para os leitores da pesquisa e comunidade, grande possibilidade de conhecimento e análise sobre o fenômeno estudado. Além disso, poderá possibilitar que os conhecimentos produzidos subsidiem práticas reflexivas para os profissionais de saúde, bem como políticas públicas voltadas para as necessidades do familiar cuidador e do paciente com transtorno bipolar.

É garantida aos colaboradores da pesquisa a liberdade de encerrar sua participação no estudo, sem qualquer prejuízo, a qualquer momento. Não haverá nenhuma forma de

pagamento pela sua participação na pesquisa e também não haverá despesas. Em qualquer momento da pesquisa você poderá esclarecer dúvidas, podendo ter acesso a pesquisadora, através dos contatos abaixo:

Maria Edileuza Albuquerque Paes
Email: santosedileuza@hotmail.com Tel. (91) 981121756

Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Email: secppgp@ufpa.br Tel. (91) 3201-7782

Comitê de Ética do Hospital Universitário João de Barros Barreto - Universidade Federal do
Pará.

Rua dos Mundurucus, 4487 1º andar - Bairro Guamá. CEP: 66073-000 Belém-Pará.
E-mail: cepccs@ufpa.br Tel:3201-6754 Fax: 9910 3201-6652

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido/a sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa auxiliando na coleta de informações.

Belém, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO SOBRE A RELAÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO BIPOLAR E SEU FAMILIAR CUIDADOR

Pesquisador: MARIA EDILEUZA ALBUQUERQUE PAES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69201817.5.0000.0017

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.146.523

Apresentação do Projeto:

A Pesquisa ora proposta apresenta como objetivo Compreender a fenomenalidade da relação da pessoa com transtorno bipolar e seu familiar cuidador. O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é um transtorno mental crônico, que abrange aspectos neuroquímicos, cognitivos, psicológicos, funcionais e sócios afetivos, podendo resultar em um intenso sofrimento para o doente e seu familiar. Nesse sentido é importante um olhar fenomenológico atento à subjetividade dos sujeitos, para uma atenção personalizada dirigida à construção de um processo terapêutico que leve em consideração suas particularidades. Essa pesquisa, ao lado de outros trabalhos, associados à compreensão do transtorno mental, buscará adentrar no universo da intersubjetividade da pessoa com transtorno bipolar e seu familiar cuidador, propiciando investigar esse fenômeno relacional entre esses sujeitos. Direciona-se a uma investigação qualitativa por meio da reflexão e análise da realidade vivida entre a pessoa com transtorno e sua família. Os procedimentos metodológicos envolvem a entrevista fenomenológica semiestruturada com questões abertas e a análises de dados. O método utilizado para análise será o fenomenológico, a partir de duas vertentes: a fenomenologia de Husserl descrita por Ângela Ales Bello e alguns princípios da fenomenologia de Michel Henry, que buscarão compreender as vivências das pessoas com transtorno bipolar e as vivências dos familiares cuidadores, atentando para a relação entre ambos. Participarão desta

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



Continuação do Parecer: 2.146.523

pesquisa quatro (04) colaboradores sendo: duas (2) pessoas adultas diagnosticadas com transtorno bipolar e dois (2) familiares cuidadores (as). A Pesquisa será desenvolvida com os frequentadores de um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) da cidade de Belém-PA.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a fenomenalidade da relação da pessoa com transtorno bipolar e seu familiar cuidador, frequentadores de um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) da cidade de Belém-PA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Para a realização desta pesquisa, compreende-se que envolva um mínimo risco em virtude de possíveis desconfortos. Caso ocorram serão encaminhados pela pesquisadora para a intervenção junto ao plantão psicológico do CAPS Renascer. A pesquisadora se compromete a agir com cuidado, responsabilidade e ética, para que não haja constrangimento para os participantes em todos os passos da coleta, análise, discussão e apresentação posterior dos dados. Será sempre resguardada a identidade e integridade dos colaboradores da pesquisa ao longo da realização e estruturação do estudo. Teremos o empenho para que os benefícios possam superar eventuais riscos possíveis ao longo da pesquisa.

Benefícios:

Com relação aos benefícios, os resultados desta pesquisa poderão trazer para os sujeitos participantes, para a pesquisadora e para os leitores da pesquisa e comunidade, grande possibilidade de conhecimento e análise sobre o fenômeno estudado. Além disso, poderá possibilitar que os conhecimentos produzidos subsidiem práticas inovadoras para os profissionais de saúde, bem como políticas públicas voltadas para as necessidades do familiar cuidador e do paciente com transtorno bipolar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa poderá possibilitar que os conhecimentos produzidos subsidiem práticas inovadoras para os profissionais de saúde, bem como políticas públicas voltadas para as necessidades do familiar cuidador e do paciente com transtorno bipolar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com as legislações do Sistema CEP - CONEP/CNS/MS.

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487
Bairro: GUAMA CEP: 66.073-000
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-6754 Fax: (91)3201-6663 E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



Continuação do Parecer: 2.146.523

Recomendações:

Recomendamos a coordenação que mantenha atualizados todos os documentos pertinentes ao projeto.

Deverá também ser informado ao CEP:

Relatório Semestral;

Relatório Final;

Envio de Relatório de Cancelamento;

Envio de Relatório de Suspensão de projeto;

Comunicação de Término do projeto na Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa aprovada. Com a prerrogativa de acrescentar no TCLE os riscos e benefícios e o contato e endereço do CEP do HUIBB, além de substituir "nome" no formulário de coleta de dados e ver uma outra forma de identificação, que não permita a revelação da identidade do participante.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este Colegiado manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução nº466/2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Ainda em atendimento a Res. 466/2012 esclarecemos que a responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. Além de apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; de elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Cabe ainda ao pesquisador:

1- desenvolver o projeto conforme delineado;

2- Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa. Os relatórios deverão ser inseridos no Sistema Plataforma Brasil pelo ícone "Inserir Notificação" disponível para projetos aprovados.

3- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP, a qualquer momento;

4- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 05 anos após o término da pesquisa;

5- encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4467

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



Continuação do Parecer: 2.146.523

6- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_909519.pdf	09/05/2017 16:47:24		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	09/05/2017 16:46:23	MARIA EDILEUZA ALBUQUERQUE PAES	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	02/05/2017 19:14:02	MARIA EDILEUZA ALBUQUERQUE PAES	Aceito
Outros	RG.pdf	02/05/2017 19:12:15	MARIA EDILEUZA ALBUQUERQUE PAES	Aceito
Outros	Lattes.pdf	02/05/2017 19:11:20	MARIA EDILEUZA ALBUQUERQUE PAES	Aceito
Outros	Encaminhamento.pdf	02/05/2017 19:10:49	MARIA EDILEUZA ALBUQUERQUE PAES	Aceito
Outros	Termo_orientador.pdf	02/05/2017 19:09:30	MARIA EDILEUZA ALBUQUERQUE PAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento.pdf	02/05/2017 19:06:22	MARIA EDILEUZA ALBUQUERQUE PAES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_instituicao.pdf	02/05/2017 19:04:23	MARIA EDILEUZA ALBUQUERQUE PAES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_pesquisador.pdf	02/05/2017 19:03:28	MARIA EDILEUZA ALBUQUERQUE PAES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	02/05/2017 19:03:05	MARIA EDILEUZA ALBUQUERQUE PAES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487
Bairro: GUAMA CEP: 66.073-000
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-6754 Fax: (91)3201-6663 E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



Continuação do Parecer: 2.146.523

BELEM, 29 de Junho de 2017

Assinado por:
João Soares Felício
(Coordenador)

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487
Bairro: GUAMA **CEP:** 66.073-000
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-6754 **Fax:** (91)3201-6663 **E-mail:** cephujbb@yahoo.com.br

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Governo do Estado do Pará
Secretaria de Estado de Saúde Pública

TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Pelo presente termo e na qualidade de responsável pela Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará, declaramos que autorizamos a realização do Projeto de Pesquisa de Mestrado intitulado: "Um Estudo Fenomenológico sobre a relação da Pessoa com Transtorno Bipolar e seu Familiar Cuidador", cuja coleta de dados (aplicação de questionários) será realizada no CAPS ASCER, pela mestranda: Maria Edileuza Albuquerque Paes.

Belém, 03 de julho de 2017.

Heloísa Maria Melo e Silva Guimarães
Secretária de Estado de Saúde Pública em Exercício