



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**RAQUEL CRISTINA ROSSI VAROLI**

**SAÚDE MENTAL: O OLHAR DA FAMÍLIA ACERCA DA  
ASSISTÊNCIA RECEBIDA NO HOSPITAL DIA**

Orientadora: Prof(a). Dr(a). Maria Alice Ornellas Pereira

**BOTUCATU**

**2017**

**Raquel Cristina Rossi Varoli**

**SAÚDE MENTAL: O OLHAR DA FAMÍLIA  
ACERCA DA ASSISTÊNCIA RECEBIDA NO  
HOSPITAL DIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof(a). Dr(a). Maria Alice Ornellas Pereira

**Botucatu**

**2017**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Varoli, Raquel Cristina Rossi.

Saúde mental : o olhar da família acerca da assistência recebida no hospital dia / Raquel Cristina Rossi Varoli. - Botucatu, 2017

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Maria Alice Ornellas Pereira  
Capes: 40404005

1. Serviços de saúde mental. 2. Serviço social com a família. 3. Saúde mental. 4. Enfermagem. 5. Pesquisa qualitativa. 6. Família.

Palavras-chave: Assistência; Família; Saúde mental.

**RAQUEL CRISTINA ROSSI VAROLI**

**SAÚDE MENTAL: O OLHAR DA FAMÍLIA ACERCA DA  
ASSISTÊNCIA RECEBIDA NO HOSPITAL DIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Alice Ornellas Pereira

Banca examinadora

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Alice Ornellas Pereira  
Universidade Estadual Paulista - UNESP

---

Profa. Dra. Magda Cristina Queiroz D Acqua  
Universidade Estadual Paulista – UNESP

---

Profa. Dra. Silvia Franco da Rocha Tonhom  
Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA

Botucatu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## **DEDICATÓRIA**

À minha família, por sua capacidade de acreditar e investir em mim.

Mãe, seu cuidado e dedicação foi que deram, em alguns momentos, a esperança para seguir.

Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada.

Ao meu esposo que de forma especial e carinhosa, me deu força e coragem apoiando nos momentos de dificuldades.

E ao meu filho, que mesmo em meu ventre, participou desta finalização grandiosa.

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar agradeço a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada.

À professora Maria Alice Ornellas Pereira, pela paciência na orientação e incentivo que tornou possível a conclusão deste projeto.

Às professoras Magda Magda Cristina Queiroz D Acqua e a Silvia Franco da Rocha Tonhom que fizeram parte de outras etapas da minha vida e sempre acreditaram em minha capacidade. Também à professora Eliana Braga pela leitura cuidadosa na fase de qualificação do projeto.

Às profissionais do HD, Enfermeira Maria Solange de Castro Ferreira, à Terapeuta Ocupacional Betina Alponti e toda a equipe que me recebeu disposta a abrir caminho, o que facilitou a realização do proposto estudo.

Estendo os agradecimentos a todos os participantes desta investigação, que se dispuseram a colaborar trazendo suas experiências.

## **Resumo**

Varoli RCR. **Saúde Mental: o olhar da família acerca da assistência recebida no Hospital Dia**. 2017. 57 f Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem, Botucatu, 2017.

No campo do cuidado em psiquiatria, a prática manicomial predominou como única possibilidade de tratamento, por quase duzentos anos. A Reforma Psiquiátrica no Brasil surgiu nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde. As propostas vindas da reforma psiquiátrica, além de possibilitar a inclusão da pessoa acometida pelo transtorno mental na sociedade, também inserem a família como elemento importante no cenário da assistência. Sendo a família chamada a participar do processo de recuperação de seu membro que vivência a situação de doença, o serviço de saúde mental o qual presta assistência, também é componente importante da dinâmica do atendimento. Portanto, este estudo tem por objetivo compreender como os familiares veem a assistência recebida no Hospital Dia. A pesquisa é de natureza qualitativa exploratória, o cenário do estudo é o Hospital Dia de Saúde Mental da UNESP de Botucatu. Na coleta de dados foram ouvidos oito familiares que convivem com a pessoa portadora de transtorno mental, a partir de entrevistas semi-estruturadas e nessas foi utilizado o procedimento apresentativo-expressivo. Para a análise dos dados foi utilizada a análise temática. Como referencial teórico, recorremos à obra de Benedetto Saraceno, autor que deu subsídio à fase de análise dos resultados. Foram apreendidos os temas: Hospital Dia como espaço de acolhimento, de refúgio; Hospital Dia como propulsor de esperança; Dificuldades sentidas pela família e Proposta de mudança, de melhoria do serviço. A análise evidencia que os familiares enfrentam dificuldades econômicas, afetivas e relacionais no convívio com a situação advinda da proximidade com o transtorno mental. O serviço de saúde pesquisado tem significativa importância no processo de busca da melhora. O preconceito e a segregação aparecem nos conteúdos obtidos, somando-se às dificuldades a serem transpostas. Também foi possível constatar que a desinformação sobre a situação vivida, ou seja, sobre o transtorno mental, é frequente nos relatos.

Os participantes já recorreram a outros serviços de saúde mental e revelam esperar que o local pesquisado, de fato, venha trazer novas possibilidades para seu familiar, assim como, facilitar o convívio no núcleo da família e propiciar melhor entendimento desses acerca dos transtornos mentais.

**Palavras-chave:** Saúde Mental, Assistência, Família

## **Abstract**

In the field of psychiatric care, the manicomial practice predominated for almost two hundred years as the only possibility of treatment. The Psychiatric Reform in Brazil emerged in the 1970s, in favor of changing care and management models in health practices. The psychiatric reform proposals, besides making possible the inclusion of the person affected by the mental disorder in the society, also insert the family as an important element in the assistance scenario. Being the family called to participate in the process of recovery of their member who experiences the illness situation, the mental health service which provides assistance is also an important component of the dynamics of care. Therefore, this study aims to understand how family members see the care received at “Day Hospital”. The research is of a qualitative exploratory nature, the scenario of the study is the Mental Health Day Hospital of UNESP in Botucatu. In the collection of data, eight family members who lived with the person with mental disorder were heard, based on semi-structured interviews and in those cases, the presentation-expressive procedure was used. Thematic analysis was used to analyze the data. As a theoretical reference, we resorted to the work of Benedetto Saraceno, author who gave subsidy to the analysis phase of the results. The following themes were apprehended: Day Hospital as a place of welcome, refuge; Day Hospital as a propellant of hope; difficulties felt by the family and proposal of change, improvement of service. The analysis evidence that family members face economic, affective, and relational difficulties, in conviviality with the situation arising from the proximity to the mental disorder. And for this confrontation, the health service researched has significant importance in the search process for improvement. Prejudice and segregation appear in the contents obtained, adding to the difficulties to be transposed. It was also possible to verify that the disinformation about the situation lived, that is, about the mental disorder, is frequent in the reports.

Participants have already turned to other mental health services and they hope that the researched place will, in fact, bring new possibilities for their family member, as well as facilitate family life and provide a better understanding of mental disorders.

**Key words:** Mental Health, Assistance, Family



## SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	5
Agradecimentos.....	6
Resumo .....	7
Abstract .....	8
APRESENTAÇÃO .....	6
1. Introdução .....	7
2. Objetivo.....	11
3. Cuidado, Família e Serviço: movimentos transformadores guiados pela reabilitação Psicossocial.....	12
4. Método.....	21
4.1 Contexto do Estudo.....	21
4.2 Participantes.....	22
4.3 Coleta de Dados .....	23
4.4 Análise dos Dados .....	25
5. Apresentação, discussão e resultados .....	27
5.2.1 HD como espaço de acolhimento, de refúgio .....	28
5.2.2 Hospital Dia como propulsor de esperança .....	34
5.2.3 Dificuldades sentidas pela família.....	38
5.2.4 Proposta de mudança, de melhoria do serviço.....	43
6 . Considerações Finais.....	49
7. Referências .....	51
Anexo A .....	57
Aprovação do CEP.....	57
Anexo B.....	61
Apêndice 1 Roteiro da Entrevista .....	62
Apêndice 2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	63

## **APRESENTAÇÃO**

No ano de 2010, ingressei no Curso de Graduação em Enfermagem na Faculdade de Medicina de Marília. Nesse percurso de formação profissional, tive oportunidade de vivenciar as várias áreas de atuação do/a enfermeira/o no campo da saúde, a partir dos muitos estágios curriculares realizados em meu período de estudo. Finalizando este período, no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), elegi a área de saúde mental e realizei pesquisa que abordava a experiência de famílias no enfrentamento das questões advindas da experiência de proximidade com a pessoa portadora de transtornos mentais.

Graduei-me em 2013 e iniciei minha trajetória profissional na rede hospitalar, fiz Curso de Especialização em Terapia Intensiva e trabalho em um hospital geral. Neste, tenho a oportunidade de experimentar várias áreas de atuação, executando atividades em enfermagem cirúrgica, clínica médica e unidades de tratamento intensivo.

Ainda no ano de 2013, tive a oportunidade de participar do Congresso Mundial de Saúde Mental realizado em Buenos Aires e neste, apresentei o resultado do TCC feito anteriormente. Acredito que essa participação foi bastante importante para meu processo de reflexão e amadurecimento. Neste congresso, foram discutidos assuntos relacionados à saúde mental, a partir de uma visão multidisciplinar, com foco nas questões políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas no sentido de mudança da relação social com os portadores de transtornos mentais. Isso impulsionou meu desejo de participar deste processo de transformação. Em 2015, tive a oportunidade de ingressar no mestrado acadêmico desta instituição, e neste início de percurso de estudo, resgatei meu anterior trabalho de TCC. Assim, venho conhecendo melhor a rede de saúde mental da cidade de Botucatu e tenho me aprofundado em conteúdos ricos e estimulantes a partir das várias leituras realizadas. Neste caminho de construção do trabalho de pesquisa, aprendo a respeitar essas pessoas, a entender seus sofrimentos e a almejar uma assistência digna. Vejo que as pessoas portadoras de transtornos mentais assim como suas famílias, enfrentam muitas dificuldades e desafios, assim como, necessitam de cuidado integral. Desse modo, a busca pelo cuidado, o aprofundamento dessas questões, assim como a desconstrução do modelo manicomial, a atenção voltada para a pessoa/família e suas subjetividades, têm motivado a execução de minha pesquisa em curso.

## 1. Introdução

No campo do cuidado em psiquiatria, a prática manicomial predominou por quase duzentos anos como única possibilidade de tratamento. Isso trouxe sérias consequências para a vida das pessoas acometidas pelo transtorno mental, assim como para suas famílias. Nesse percurso histórico, a assistência psiquiátrica é construída a partir da valorização da doença e da busca pela cura. Desse modo, torna-se evidente que as representações sociais construídas acerca da doença mental assim como as práticas assistenciais pautadas em paradigma transformador, são fundamentais no direcionamento da autonomia da pessoa portadora do transtorno mental. No entanto, estão bastante presente no percurso histórico da assistência psiquiátrica, a falta de autonomia, o preconceito, a discriminação e a estigmatização.<sup>1</sup>

Seguindo a tendência de movimentos mundialmente conhecidos de análise e críticas anti-institucionais em países ocidentais como Estados Unidos, Inglaterra, França e Itália, a Reforma Psiquiátrica no Brasil surgiu nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde e defesa da saúde coletiva. Buscava substituir os manicômios, e com isso, mudar conceitos e a relação da sociedade com as pessoas portadoras de transtornos mentais. As propostas tinham objetivo de reduzir o número de pacientes internados e seu tempo de internação, além de incluir a participação dos familiares e da comunidade no cuidado ao doente mental.<sup>2</sup>

Nesta perspectiva, com os princípios da Reforma Psiquiátrica instituída no país pela Lei 10.216/01, o governo federal impulsionou a construção de um modelo humanizado de atenção integral na rede pública de saúde, que mudou o foco da hospitalização como centro ou única possibilidade de tratamento aos pacientes.<sup>3</sup>

Houve crescimento na Rede de Saúde Mental, que atualmente conta com 2.128 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas mais diversas modalidades. Juntos, eles podem realizar 43,1 milhões de atendimentos por ano. O Ministério da Saúde, em conjunto com estados e os municípios, também habilitou 800 leitos em enfermarias especializadas (hospitais gerais) e outros 150 leitos receberam incentivo de implantação. Além dos CAPS, a rede de atenção integrada em saúde mental também conta com os atendimentos oferecidos por meio das Equipes de Saúde da Família. São mais de 35 mil equipes em todo o país. Mais de 4.200 pessoas já participaram do Programa De Volta

Pra Casa, saindo de longas internações manicomiais. Em 2013, o programa teve reajuste de 30% no benefício.<sup>3</sup>

Na rede hospitalar, ainda estão disponíveis 32.735 leitos. Entre eles, somam cerca de dois mil leitos nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e nas Comunidades Terapêuticas. Todos eles recebem recursos financeiros do governo federal. As equipes são formadas por médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais de saúde. Só nos CAPS, foram registrados em 2010, 21 milhões de atendimentos ambulatoriais em saúde mental, 50 vezes maior que a quantidade deste tipo de assistência prestada em 2002 (423 mil procedimentos). Especificamente para crianças e adolescentes, os atendimentos nos CAPS infantis saltaram de 12,2 mil em 2002, para 1,2 milhão em 2010.<sup>4</sup>

Com uma parcela significativa da diminuição de leitos hospitalares, deu-se a saída dos pacientes atendidos nos chamados manicômios, muitos vivendo ali como moradores por décadas e, enfim, com as transformações da assistência proposta, muitos puderam ser cuidados em liberdade. O objetivo é levar estruturas de saúde mais resolutivas e próximas da população. Com a reorganização dos serviços diante do fim das internações em manicômios, houve uma redução de 17% do total de hospitais especializados em psiquiatria com habilitação pelo SUS para esse tipo de internação.<sup>5</sup>

Segundo levantamento do Banco Mundial, das dez doenças mais incapacitantes, quatro são psiquiátricas: depressão, esquizofrenia, distúrbios ansiosos e alcoolismo e, buscando proporcionar o cuidado às pessoas com essas necessidades, justifica-se um investimento na organização dos serviços de saúde.<sup>6</sup>

É inegável que a doença psiquiátrica reflete de forma negativa na vida da pessoa, pelo sofrimento causado pelos sintomas, distanciamento dos familiares e da vida social e algumas vezes, pela perda da fonte de recursos.<sup>7</sup>

Para essas famílias, o aparecimento da enfermidade mental e suas consequências faz aumentar eventuais conflitos e dificuldades do cotidiano, anteriormente enfrentados por elas. Não se tem dúvida de que precisam de ajuda para lidar com essas questões: como a culpa, a sobrecarga, o pessimismo e o isolamento social, que surgem do sofrimento que a loucura imprime, tanto para elas quanto para a pessoa que adocece.<sup>8</sup>

Por outro lado, na prática, as propostas vindas da reforma psiquiátrica podem também ocasionar dificuldades para os protagonistas envolvidos, no caso, a família que

nem sempre recebe atendimento compatível com suas necessidades. Essas podem estar presentes em diversos campos como materiais, relacionais, informativos, representações equivocadas que envolvem o transtorno mental dentre outros. Pois a família sendo chamada a protagonizar o cuidado, também requer atenção do serviço que presta assistência.

Isso nos leva a refletir que, após a fase de críticas e não aceitação da institucionalização, é importante definir quais os projetos alternativos e efetivar os novos serviços. Os serviços devem ter espaços que propiciem a escuta, o acolhimento e a individualidade do sujeito que sofre a experiência da doença mental, ajudando-o no restabelecimento da contratualidade em produzir sentido de trocas, não um espaço protegido e sim um espaço social aberto.<sup>6</sup>

Portanto, derivada e resultante da desinstitucionalização, surge a Reabilitação Psicossocial que é um processo, um exercício pleno da cidadania, com vista a melhorar o poder de contratualidade das pessoas no habitat, rede social e trabalho valorizado socialmente.<sup>9</sup> Esta afirmativa amplia a atuação dos serviços de saúde, da sociedade, vê a família como foco de cuidado, além de evidenciar a necessidade de se considerar a variedade de aspectos a serem trabalhados, mediante o enfrentamento das questões inerentes ao transtorno mental.

Entretanto, identifica-se que os familiares chegam ao serviço de saúde geralmente estressados, cansados, sem esperança e sem entender muito bem o que realmente está acontecendo com seu familiar. Desse modo, os familiares solicitam serem vistos como um grupo que necessita de apoio e orientação para lidar com o impacto gerado pelo sofrimento psíquico.<sup>10</sup>

Conceitos equivocados acerca dos transtornos mentais, a carência de informações, de apoios e de orientações conduzem a um leque de necessidades não satisfeitas e evidenciam a fragilidade da família ao lidar com a situação. A singularidade e o conhecimento da dinâmica familiar podem ajudar no estabelecimento de metas para intervenções significativas na expansão da rede de atenção de saúde mental.<sup>11</sup>

Tais considerações evidenciam a importância dos serviços de saúde mental e nos leva a refletir o quanto o atendimento eficaz, humanitário e competente, pode determinar percursos vividos pelas pessoas que solicitam ajuda. Seguindo essas

considerações, elas também nos remetem a indagar sobre como os familiares das pessoas portadoras de transtornos mentais têm visto o serviço de saúde mental no qual recebem o cuidado?

Ferreira e Pereira<sup>12</sup> destacam a importância do serviço de saúde mental atuar além do instituído, buscar a pluralidade terapêutica para os portadores de transtorno mental e famílias, se apropriando da responsabilidade do cuidado ampliado.

Ao considerar a importância dos serviços no elenco de fatores que possibilitam a expansão do cuidado em saúde mental, Saraceno<sup>9</sup> fala das variáveis que compõem o elenco do processo de reabilitação psicossocial. Dentre elas, o autor destaca as variáveis micro definidas como o nível de atenção prestada pelo serviço de saúde, a disponibilidade e empenho dos profissionais envolvidos, o envolvimento com a comunidade, como os familiares sentem o cuidado prestado, o compromisso e responsabilização dos serviços quanto à assistência.

É inegável que nessa gama de fatores que favorecem a dinâmica da reabilitação psicossocial, destaca-se a relevância dos familiares no processo de recuperação desses pacientes. A existência de dúvidas e limitações quanto aos cuidados, o vínculo e a confiança estabelecidos entre família e o local que presta a atenção requerida, colocam em evidência o papel do serviço de saúde mental, assim como o desempenho dos profissionais que assistem o paciente e a família.

Nessa perspectiva, justifica-se este estudo, a partir das transformações da assistência psiquiátrica em curso, onde familiares são chamados a participar do processo de recuperação de pacientes, uma vez que são inseridos no cuidado diário com a volta dessas pessoas à vida social.

## **2. Objetivo**

Esta pesquisa tem por objetivo: **compreender como os familiares veem a assistência recebida no serviço de saúde mental pesquisado.**

### **3. Cuidado, Família e Serviço: movimentos transformadores guiados pela reabilitação Psicossocial**

As implicações ligadas ao ato de cuidar e as questões que envolvem o cuidado, têm sido recorrentes no campo da saúde.

A etimologia da palavra cuidado revela os sentidos de precaução, zelo, cautela, encargo, responsabilidade, desvelo, atenção. Já a palavra cuidar, que tem origem do latim cogitare, revela tratar, pensar, cogitar, supor, imaginar.<sup>13</sup>

Para Boff<sup>14</sup> cuidar representa muito mais que um ato ou atitude. A própria essência humana se encontra no cuidado, sendo a base que sustenta a existência humana enquanto humana. Através do cuidado com outros seres humanos, a dignidade é protegida, estimulada e preservada. Sendo mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização com as partes. Assim, “o cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa. E, se fizer, ela sempre vem acompanhada de cuidado. Significa reconhecer o cuidado como um modo de ser essencial, sempre presente e irreduzível à outra realidade anterior. É uma dimensão fontal, originária, ontológica, impossível de ser totalmente disvirtuada.”

Martinez<sup>15</sup> destaca que cuidado é tudo aquilo que se aglutina sob a forma de ações ou intervenções, que colaboram para gerar, organizar ou (re)estabelecer esperança, bem-estar, autonomia, liberdade de escolha, relações humanas e sentido da vida.

Para Ayres<sup>16</sup> “cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Cuidar requer a construção de projetos, solicita relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida que quer se opor à dissolução, que quer garantir e fazer valer sua presença no mundo.”

Colvero e Machado<sup>17</sup> destacam que a noção de subjetividade passa a ser compreendida, não mais pela separação entre objetivo-subjetivo, entre concreto e abstrato, mas pela produção de sentidos a partir de aspectos sociais, históricos, políticos, econômicos e institucionais e suas ações.

Seguindo tais preceitos, Martinez e Machado<sup>18</sup> reiteram que vivemos em um



mundo contemporâneo no campo da saúde, na qual algumas iniciativas tentam recuperar o cuidado ao indivíduo, abrindo a passagem às características e desejos pessoais com os quais o sujeito participa e se afirma no contexto de existência social, biológica, afetiva entre outros. Características estas que lhe possibilita produzir relações, modos de vida e linguagens, como também manifestações relacionadas ao processo saúde-doença. Desse modo, compreende-se que a noção de subjetividade se estende por todos aqueles que estão envolvidos na produção cotidiana do cuidado, usuários, trabalhadores, equipes, gestores, familiares, e por meio de múltiplos gestos, falam de sua produção de subjetividade necessárias ao cuidar.

No campo da saúde, a produção de técnicas cuidadoras, vem a ser o cerne de todo serviço de saúde, embora nem sempre sejam reconhecidas como tal. É frequente a crença de que o objeto de trabalho em saúde é a cura, a proteção e a promoção da saúde. No entanto, a cura, a proteção e a promoção se constituem a finalidade de um processo de trabalho em saúde, que somente podem ser alcançados a partir de atos individuais ou coletivos, nos quais conjugam saberes e práticas implicadas na construção de atos cuidadores. Portanto, o objeto de todo processo de trabalho em saúde está centralizado, certamente, na produção de cuidado.<sup>19</sup>

Nessa perspectiva, Merhy<sup>20</sup> destaca que as abordagens assistenciais em saúde constituem um processo relacional, individual ou coletivo, que se estabelece entre aquele que cuida e quem é cuidado. Assim, um encontro entre duas ou mais pessoas é estabelecido, onde há atuação entre elas, constituindo-se um jogo de expectativas e produções. Neste processo, a pessoa adoecida ocupa o papel de alguém que procura uma intervenção, que lhe permita recuperar ou produzir determinados graus de autonomia no seu modo de conduzir a própria vida. Assim, o cuidado em saúde é compreendido como encontro, onde a intervenção se centraliza na construção de projetos de vida.

Barros, Silva e Oliveira<sup>21</sup> afirmam que a construção de práticas inovadoras em saúde exige o deslocamento da intervenção dos profissionais exclusivamente sobre a doença para uma intervenção sobre a vida das pessoas. Desse modo, o objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde necessitam serem reconfigurados. O objeto de intervenção se desloca da doença para a subjetividade social; a finalidade da assistência, em lugar da remissão de sintomas passa a ocupar as

necessidades de saúde propriamente humanas; os instrumentos neste processo de trabalho se constituem por saberes e práticas.

O deslocamento da doença enquanto foco exclusivo das intervenções terapêuticas amplia as necessidades e possibilidades de ação. Além do tratamento a pessoa passa a ser objeto de cuidado, constituída de necessidades e não apenas de sintomas. Neste sentido, o cuidado mais que um ato passa a ser uma atitude de responsabilização dos profissionais de saúde frente ao paciente que necessita de uma intervenção. Esta tomada de responsabilidade exige dos profissionais direcionamento da atenção, escuta, acolhimento, ética, consideração da cidadania e da autonomia. Assim, cuidar em saúde passa significar a construção de projetos de vida significativos para cada paciente como eixo central do processo terapêutico. E isso, de fato, apresenta-se como outro polo do paradigma tradicional, médico centrado, focado na cura e distante da vida das pessoas.<sup>21</sup>

Para Machado e Colvero<sup>22</sup>, quando a ação do profissional não considera o sujeito do cuidado como um sujeito da relação, o que se estabelece é apenas um pseudocuidado. Esta descaracterização do sujeito a ser cuidado acontece quando a leitura de sinais, necessária para o estabelecimento do cuidado de sujeitos com alterações no processo saúde-doença, é realizada a partir de referenciais biológicos, bioquímicos, fisiológicos ou orgânicos. Assim, o cuidado apenas acontece quando o profissional de saúde valoriza, visualiza e inclui o sujeito na ação de cuidar, ou seja, a subjetividade é uma via para o cuidado.

Desse modo, no campo da saúde mental, evidencia-se a importância dos profissionais atuantes nos serviços de saúde, estarem abertos ao processo contínuo da promoção de transformações positivas, a partir de práticas que estejam voltadas para o resgate de potenciais adormecidos pelo convívio com a situação de adoecimento.

O cuidado é abrangente e amplo, implica na assistência do paciente, da doença e das pessoas que estão a sua volta. Essas pessoas ao redor que realizam esse cuidado intenso são os familiares cuidadores.

Carvalho<sup>23</sup> afirma que a família é referência em relação à proteção e a socialização dos indivíduos, é nela que se inicia o aprendizado dos afetos e das relações sociais.

Elsen<sup>24</sup> afirma que a família é conceituada como um sistema formado por valores, crenças, conhecimentos e práticas que direcionam suas ações na promoção à saúde de seus integrantes, zelando pela prevenção e o tratamento da doença.

Ao refletirmos sobre a família no contexto da psiquiatria, vemos que a partir da perspectiva histórica da assistência nesta área, é possível constatar que a atenção direcionada à família, é relativamente recente, com prevalência dos olhares voltados apenas ao corpo doente, não contemplando a pessoa detentora de um histórico trilhado e seu contexto de vida. No século passado, a partir dos anos quarenta, depois cinquenta e mais intenso nos anos sessenta, pesquisas européias e americanas, buscaram apreender como as ligações entre as relações, as emoções expressas no interior do núcleo familiar, podem estar ligadas ao surgimento dos transtornos mentais.

Depois da segunda Guerra Mundial, no mundo ocidental, ocorreram movimentos transformadores importantes e dentre eles, a crítica à institucionalização presente na prática psiquiátrica. Mudanças na proposta de assistência ocorreram e vem ocorrendo até os dias atuais e uma das consequências desses movimentos, é que a família passou a ser considerada como elemento importante no cenário da assistência.

Sequencialmente surgem novas estratégias de atuação que apontam para níveis mais coletivos de participação, consideram o valor da família na atenção em saúde mental e a coloca no projeto de assistência.

Faloon et al.<sup>25</sup>, entendem família como “unidade básica de saúde”, instituem intervenção que leva em conta as partes sadias do núcleo familiar, com o objetivo de estabelecer práticas que facilitem a resolução dos problemas surgidos no cotidiano, diminuindo indiretamente as possíveis recaídas. Assim, entendendo a família como unidade básica, no cumprimento de seu papel, este núcleo necessita além dos recursos da instituição a qual recorre, também do preparo e do apoio dos profissionais que praticam a assistência nesta área.

Pereira<sup>11</sup> ao estudar as representações de familiares de portadores de transtornos mentais, observou a internalização de ideologia ancorada em um saber que coloca os transtornos mentais como fato imutável decorrente de fatores orgânicos. Isso nos ajuda a pensar que tal internalização, está contida no própria historicidade da psiquiatria.

Pereira e Cais<sup>26</sup> ao estudarem a percepção de familiares de pessoas portadoras de transtornos mentais a respeito do serviço, identificaram que o processo de acolhimento do núcleo familiar, ajuda no enfrentamento dos conflitos vividos por este grupo, fortalece os vínculos entre profissionais, famílias e pacientes e fortalece a busca das potencialidades de cada protagonista deste cenário.

Zanetti e Galera<sup>27</sup> afirmam que a família é fator social indispensável para a efetividade do cuidado em saúde mental e esta, precisa ser entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes.

Bieleman et al.<sup>28</sup> reiteram que a família deve ser entendida como uma unidade de cuidado, ou seja, sendo competência dos profissionais apoiá-la e fortalecê-la quando esta se encontra fragilizada e com medo. Assim, a abordagem não se restringe apenas às medicações e eventuais internações, mas também às ações e procedimentos que visam a uma reintegração familiar e social, juntamente com os membros da família e do paciente a ser assistido

Coimbra et al.<sup>29</sup> ao pesquisarem a satisfação de usuários com o cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família na regiões nordeste e sul do país, revelam que os sujeitos valorizam e reconhecem o vínculo e a responsabilização dos profissionais no processo do cuidado. Por outro lado, os sujeitos apontam fragilidades relacionadas à demora no atendimento, criticam as instalações básicas e solicitam maior autonomia, maior participação na tomada de decisões, vendo tal fato, como aspecto importante para a melhoria do serviço oferecido.

Saraceno<sup>6</sup> reitera que a tarefa de um serviço de saúde mental é auxiliar a pessoa que busca ajuda assim como seu núcleo familiar, a readquirirem a capacidade de gerar sentido, acreditando assim que essa é uma maneira de despertar pessoas que utilizam o serviço e também os profissionais. Para o autor, tratamentos não existem em si, assim como os transtornos mentais não existem isolados, ambos são dependentes dos contextos nos quais estão enquadrados.

Tal enfoque se aproxima do pensamento de Bleger<sup>30</sup>, que afirma que as qualidades do objeto são sempre relacionais, ou seja, o emergente é situacional, e origina-se de um campo. Isso nos leva a considerar a importância da flexibilidade e sobre quanto se evidencia nos campos, a possibilidade de relações interpessoais

positivas.

Sendo assim, torna-se relevante considerar que a integração interna do serviço é “a adoção de um estilo de trabalho com alto consumo afetivo, intelectual e organizativo, onde os recursos se encontram permanentemente disponíveis, as competências flexíveis e a organização esteja orientada às necessidades do paciente e não do serviço”.<sup>6</sup>

Evaristo<sup>31</sup> enfatiza que a análise das necessidades complexas de um paciente nos impulsiona a situá-lo nas áreas da assistência, relacional, familiar, trabalho, religiosa, econômica. Desse modo, interagir com o sofrimento significa interagir também com estas áreas de problemas. Ao considerar as dificuldades vividas pela família no enfrentamento das questões inerentes ao transtorno mental, acentua-se o importante papel do serviço de saúde mental, assim como o da própria família que vivencia essa experiência.

Nessa perspectiva, a reabilitação psicossocial emerge como estratégia em construção. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o Brasil é um dos países do mundo visto como referência importante no processo de transformação da assistência. A reabilitação psicossocial, surge a partir da reforma psiquiátrica e tem em Saraceno um de seus principais representantes. Para o autor, esta se destina a aumentar as habilidades da pessoa, o que propicia a redução das deficiências e dos danos advindos do transtorno mental.<sup>9</sup>

A partir de noções seguidas pela Organização Mundial da Saúde tais como : “Doença ou Distúrbio (condição física ou mental percebida como desvio do estado de saúde normal e descrita em termos de sintomas e sinais); Dano ou Hipofunção(dano orgânico e/ou funcional a cargo de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica); Desabilitação (limitação ou perda de capacidades operativas produzidas por hipofunções); Deficiência (desvantagem, consequência de uma hipofunção e/ou desabilitação que limita ou impede o desempenho do sujeito ou das capacidades de qualquer sujeito).<sup>6</sup> O autor ressalta que a deficiência é uma condição que não está ligada à pessoa e sua desabilitação, e sim, à resposta que a organização da sociedade oferece à pessoa com uma desabilitação. Assim, a reabilitação está vinculada ao conjunto de ações que busca aumentar as habilidades e diminuir as possíveis deficiências.

Pautado nessas ideias, Saraceno considera os modelos conceituais e operacionais:

a) Modelo de Treinamento e Habilidades Sociais (Social Skills Training, ou SST): Este é baseado no conceito de sistema biopsicossocial, segundo o qual, o surgimento dos problemas mentais dependem da interação entre vulnerabilidade, estresse, enfrentamento e competência. No entanto, o autor enfatiza que este modelo apresenta-se frágil pois as atividades terapêuticas são traçadas pelo terapeuta distante da vida cotidiana do paciente, ou seja, ausente de fatores ou situações sociais estressantes.

b) Modelo Psico-Educativo: Os estudos dos pesquisadores londrinos Brown e Wing falam sobre Emoções Expressas (EE) consistem-se nos fundamentos deste modelo. Este visava estabelecer os fatores significativos na avaliação do grau de adaptação social dos pacientes psicóticos que recebiam alta dos hospitais psiquiátricos, além de verificar a importância de haver critérios que evitem as recaídas e identifiquem fatores que precipitem recidivas. A finalidade da intervenção psico-educativa é direcionada a diminuir as recaídas. A família é orientada e treinada para o manuseio das possíveis manifestações em decorrência do transtorno mental. Saraceno avalia que este modelo apresenta-se frágil pois não considera a dinâmica e o funcionamento social da pessoa acometida pelo transtorno.

c) Modelo de Spivak: O foco deste modelo é o processo de cronificação psiquiátrica, com ênfase em comportamentos e dinâmica que direcionam a pessoa à segregação da vida social, num processo de dessocialização e diminuição das articulações sociais, determinando ações e reações das pessoas que convivem com o paciente. Tal situação provoca na pessoa acometida pelo transtorno mental o sentimento de falência, o que pode determinar a dinâmica de uma espiral dirigida à estabilização crônica. Embora este modelo traga aspectos significativos, ele propõe a intervenção voltada ao paciente, carecendo de interferência mais efetiva no meio social.

d) Modelo de Luc Ciomp A essência desse modelo está pautada na busca de interpretação da cronicidade das psicoses, sendo que tal processo está diretamente ligado às possibilidades que a sociedade oferece. Assim, o processo de mudança é mais intensamente sentido, à medida em que ocorra alterações de posicionamento do campo social do que ações voltadas tão somente para o paciente.

Saraceno<sup>6</sup> sugere que o cuidado em saúde mental seja pautado por um modelo complexo de intervenção, com enfoque no fortalecimento da autonomia e na produção de resultados significativos para a vida das pessoas e suas famílias. A reabilitação psicossocial, mais que uma tecnologia de cuidado na assistência psiquiátrica, passa a ser considerada como estratégias que favorecem a recuperação da capacidade das pessoas em produzir sentido e, conseqüentemente, valor social, fortalecendo sua contratualidade enquanto cidadão.

Pereira<sup>32</sup> afirma que a diversidade de fatores a serem trabalhados na reabilitação psicossocial corresponde à variedade de aspectos existentes na vida de uma pessoa e seu núcleo familiar. Assim o serviço, e neste, profissional de saúde mental, pode ser a ponte, o facilitador na construção de novas configurações mentais, nas quais o sistema de relações que compõe a vida, possa se auto-reorganizar.

Tal afirmativa vai de encontro aos preceitos de reabilitação psicossocial instituída por Saraceno<sup>6</sup>, que tem como um dos alicerces, o papel dos serviços de saúde buscados pela pessoa e família que necessitam de ajuda. Assim, além da importância da escuta, do acolhimento realizado no processo de assistência, destaca-se também, o necessário favorecimento da contratualidade em produzir sentido de trocas, sendo o serviço não só um espaço protegido e sim um espaço social aberto.

Para Saraceno<sup>6</sup>, a reabilitação psicossocial não é a passagem de um estado de desabilidade para um estado de habilidade, ou de incapacidade para a capacidade. As chances de reabilitação são ampliadas conforme as possibilidades de se criar ou propiciar, novas ordenações para a vida.

*“A reabilitação não é a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito habilitador.”<sup>6</sup>*

A reabilitação apresenta-se como uma prática em construção, mostra-se como espaço aberto ao surgimento de novos saberes, que necessitam de práticas institucionais que sejam ferramentas na procura de recursos que buscam diminuir as dificuldades,

transpô-las apesar do sofrimento psíquico, assim como facilitar a capacidade de gerar sentido, permitindo que cada pessoa e família, possa viver as subjetivas experiências.

Saraceno<sup>6</sup> afirma que o aumento da capacidade contratual das pessoas portadoras de transtorno mental, se constrói sobre três cenários: habitat, família e trabalho. Sendo que a ideia de casa diz respeito ao espaço físico concreto. Já habitar, se refere ao envolvimento afetivo e de apropriação da pessoa em relação a esse mesmo espaço. Para o autor, as funções da reabilitação, referem-se tanto à conquista concreta representada pela casa, assim como à ativação de desejos e habilidades pertencentes ao habitar.

Quanto ao cenário família, destaca a necessidade de inserção da mesma nos projetos de reabilitação, pois a família é considerada como a primeira rede social disponível. A carência de trocas e relações neste núcleo pode dificultar a existência da dinâmica de mudanças significativas. Vê-se a importância de que à medida que acontece a ampliação da assistência para a pessoa em seu contexto, seu núcleo familiar é inserido no processo contínuo de reabilitação, quer seja para a busca de melhoria no convívio cotidiano do espaço doméstico, ou como unidade de tratamento.

No cenário trabalho, o autor destaca que a execução de tarefas sem significado, prática anteriormente adotada pelo modelo manicomial, leva à contenção e restrição da pessoa em tratamento. Contrariando essa antiga prática, afirma a importância de consideração do sentido e do valor atribuído ao trabalho, dentro do projeto terapêutico de cada um. Para Saraceno, o trabalho precisa ser visto como forma de autorrealização, de exercício de cidadania, de facilitador de contratualidade e de trocas para a pessoa portadora de transtorno mental.

Nesta perspectiva, a reabilitação psicossocial é tida como um exercício pleno de cidadania, que visa melhorar o poder de contratualidade nesses três grandes cenários acima citados. Os conceitos que a embasam, referem-se ao direito à vida, à autonomia, à ética, à responsabilidade e ao compromisso social, guiados pela necessidade de se compreender e de acolher o outro. Certamente, é um desafio a ser vivido e enfrentado por todos os envolvidos no processo de assistência tais como paciente, família, profissionais, se estendendo à toda a sociedade.



## **4. Método**

Optamos pela abordagem qualitativa de pesquisa pela possibilidade desta proporcionar melhor compreensão e reflexão sobre as questões colocadas. Portanto, esta abordagem foi escolhida por trabalhar com o universo dos significados, dos motivos e aspirações, das crenças, valores e atitudes, buscar compreender a realidade humana vivida socialmente, aprofundando-se no mundo dos significados, das ações e relações humanas.<sup>33</sup>

Para Turato<sup>34</sup> a abordagem qualitativa de pesquisa deve ser utilizada quando o objetivo é a compreensão do significado dos fenômenos. O autor enfatiza que no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segunda a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas.

### **4.1 Contexto do Estudo**

O cenário do estudo é o Hospital Dia (HD) de Saúde Mental da UNESP de Botucatu. Este foi inaugurado em 1980, é vinculado ao Hospital das Clínicas, atende pacientes que permanecem no serviço durante o dia, e no final deste, voltam para suas residências. Recentemente, juntamente com o HD, em maio de 2014 este Hospital das Clínicas inaugura a primeira Enfermaria de Psiquiatria inserida em um hospital geral com capacidade para seis leitos. Nesta, as pessoas portadoras de transtorno mental que necessitam de internação, ou seja, que no momento estão vivendo período de crise aguda, ali permanecem aproximadamente dez dias.

O HD atende pacientes do Departamento Regional de Saúde VI (DRS-VI), que compreende 68 municípios do Estado de São Paulo. Objetiva oferecer assistência a portadores de transtornos mentais graves e suas famílias, favorecendo as estratégias assistenciais e os processos de desospitalização, a partir da atuação da equipe multidisciplinar composta por enfermeira psiquiátrica, terapeuta ocupacional, médicos psiquiatras e residentes, auxiliares e técnicos de enfermagem. No HD as pessoas em

tratamento permanecem no serviço durante o dia, e ao final da tarde, voltam para suas casas. O local tem também como proposta, a oferta de recursos didáticos para ensino e pesquisa na área de Saúde Mental para alunos de graduação em Enfermagem e Medicina, em nível de especialização, aprimorandos de Terapia Ocupacional, Psicologia e Serviço Social. No início de cada dia as pessoas em tratamento no serviço são acolhidas pela equipe, frequentam a cozinha coletiva para o café da manhã, mais tarde para o almoço, convivem no espaço interno do HD. Também participam de grupos, oficinas, atendimento individual, assim como de acordo com as subjetivas possibilidades, participam de atividades externas pontuais como passeios, visitas, exposições.

O período de tratamento tem sido em média dois meses. Já as pessoas que estão na Enfermaria de psiquiatria (acoplada ao HD) em caráter de internação, permanecem até a alta e após, são encaminhadas para serem acompanhadas pelo HD. Depois da alta no HD, os pacientes são encaminhados para os respectivos serviços de saúde mental, que podem ser: Ambulatório de Psiquiatria, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou para seguimento na Estratégia Saúde da Família mais próxima da residência.

Os pacientes atendidos no serviço são provenientes de municípios pertencentes ao DRS VI, estes são orientados à buscarem a própria cidade de origem. Porém, frente à dificuldade encontrada mediante a carência de serviços especializados em Saúde Mental nos municípios, a realidade aponta que depois da alta no HD, as pessoas residentes em outras cidades acabam por recorrerem ao Ambulatório de Saúde Mental da Unesp.

Justifica-se a escolha deste serviço como cenário do presente estudo, por ser este um espaço onde os pacientes passam o dia ou períodos, conforme as necessidades apresentadas, o que possibilita o tratamento sem que seja necessário o distanciamento ou a exclusão familiar e social.

## **4.2 Participantes**

Os participantes da pesquisa são os familiares dos pacientes que são atendidos pelo Hospital Dia, onde passam o período diurno realizando atividades e no final do dia alguns seguem para a casa e outros continuam internados neste local. Para fazer parte do estudo, consideramos familiares que convivem com a pessoa portadora de transtorno

mental, e que apresentam condições de responder à entrevista, trazendo assim suas experiências. Minayo<sup>33</sup> afirma que em estudo qualitativo, o pesquisador deve atentar-se com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão do grupo que será estudado, tendo como critério de inclusão ou exclusão dos depoentes aqueles que detêm os atributos que o pesquisador objetiva conhecer.

A amostragem foi definida a partir do critério de representatividade, buscando abranger a totalidade do problema em suas múltiplas dimensões. Portanto, utilizamos o critério de saturação preconizado por Minayo<sup>33</sup> que afirma que quando os dados obtidos na fase da coleta, passam a apresentar certa redundância, o pesquisador pode finalizar esta etapa. Com base nesse preceito, os participantes desta pesquisa são oito familiares de pessoas acometidas pelo transtorno mental e que no momento da coleta, frequentavam o serviço escolhido como contexto de estudo.

### **4.3 Coleta de Dados**

A coleta de dados se deu no período de abril a junho de 2016, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, através do CAAE 53678116.6.0000.5411 (Anexo A).

A partir da anuência dos participantes e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a fase de coleta de dados foi iniciada. Os instrumentos utilizados para esta etapa foram a entrevista semi-estruturada e o procedimento apresentativo-expressivo.

As entrevistas foram feitas pela própria pesquisadora no interior do Hospital Dia, em uma sala reservada. A equipe recebeu bem, facilitou e contribuiu para a aproximação da pesquisadora com os possíveis participantes. Inicialmente houve a aproximação com o serviço afim de entender o funcionamento, a dinâmica deste, além da aproximação das famílias, ou seja, com o objeto de estudo. Depois da fase de aquecimento da comunicação da entrevistadora com o familiar, uma explicação sobre a pesquisa foi fornecida, solicitando seu consentimento por escrito. Após a concordância de cada participante, as entrevistas foram registradas em gravador, com a finalidade de manter a fidedignidade dos relatos. Foram escolhidos nomes de flores para assegurar o anonimato de cada depoente. O tempo médio de duração das entrevistas foi mais ou

menos de vinte minutos. Os participantes tiveram boa aceitação do convite feito para participarem no estudo, sendo que observamos que alguns tiveram mais ou menos dificuldades para relatarem suas vivências, duas pessoas convidadas, se negaram a participar por não compreenderem a necessidade do TCLE.

Bleger<sup>30</sup> afirma que a entrevista permite maior flexibilidade para possíveis intervenções e possibilita investigação mais ampla sobre o entrevistado. Afirma este autor que a entrevista é um campo de trabalho no qual se investiga a conduta e a personalidade de seres humanos, considerando fundamental a investigação que se realiza durante seu transcurso. Portanto observar, pensar e imaginar forma parte de um só e único processo dialético.

Na entrevista foram colhidos dados de identificação como: idade, procedência, parentesco, escolaridade, profissão, número de pessoas que vivem na residência, ele/a frequentou outros serviços de saúde mental? A seguir, foram aplicadas as questões norteadoras baseadas no objeto desse estudo: 1) Fale um pouco como você vê a assistência recebida aqui neste local? 2) O que você acha que poderia melhorar na assistência prestada aqui?

As entrevistas foram gravadas após permissão dos participantes e transcritas para serem posteriormente exploradas. Foram entrevistas individuais, o que pode possibilitar uma relação empática entre pesquisador e entrevistados, permitindo a apreensão dos aspectos subjetivos dos familiares.

No transcorrer da entrevista, após as respostas das duas questões iniciais, também foi utilizada como técnica de coleta de dados o Procedimento apresentativo-expressivo. Esta técnica de coleta é utilizada por Vaisberg<sup>35</sup> que a denomina “técnica encobertas de pesquisa”, que vem substituir a expressão “procedimento projetivo anteriormente utilizado por Trinca<sup>36</sup>. Tal substituição se deu devido à autora justificar que a expressão “procedimento apresentativo-expressivo”, é mais próxima de uma descrição fenomenológica do encontro do pesquisador com o sujeito.

Desse modo, o pesquisador apresenta uma proposta de diálogo que é respondida expressivamente pelo sujeito, o que possibilita afastar a tendência do entrevistado responder ao entrevistador aquilo que acredita ser mais correto ou socialmente aceito. Assim, na busca de proporcionar a expressão de conteúdos subjacentes, no transcorrer da entrevista, o pesquisador oferece papel e lápis e solicita que o participante faça um desenho no qual possa expressar a própria ideia acerca do tema em foco e a seguir, é

pedido que o sujeito conte uma breve história do desenho produzido e dê um nome para o desenho-história.

Portanto, no presente estudo, a solicitação feita pela pesquisadora foi: Por favor, faça neste papel, um desenho que represente a assistência recebida no Hospital Dia. Após, foi pedido que o sujeito contasse uma breve história do desenho produzido, e que desse um tema para a produção gráfica feita.

No processo da entrevista, um participante se negou elaborar o desenho, se ateu a responder as perguntas feitas e disse que não queria desenhar.

A forma gráfica de expressão constituiu-se num instrumento facilitador para a fluência dos conteúdos internos, possibilitou a espontaneidade, funcionando como elemento facilitador para a emergência de substratos afetivos, emocionais, além de ser também, instrumento de estímulo à comunicação.<sup>32-37-38</sup>

Assim, foi possível constatar que empregar nesta fase do estudo o desenho história como produção gráfica de expressão, também contribuiu para melhor conhecimento acerca da subjetividade dos participantes.

#### **4.4 Análise dos Dados**

A transcrição do material coletado foi feita pela pesquisadora. Ouvir e transcrever as entrevistas possibilitou a fidedignidade dos registros, a captação das singularidades dos relatos, tanto pelo registro das palavras, como também, a percepção de outros sinais como risos, sons, entonação da voz, repetições. Esse processo facilitou a emergência de reflexões sobre a experiência compartilhada advinda da entrevista.

Inicialmente, o conjunto das entrevistas foi submetido a várias leituras, isso é, foi realizada a leitura compreensiva do material produzido de forma exaustiva, utilizando a atenção flutuante, que *“segundo Freud, é o modo como o analista deve escutar o analisando: não deve priorizar, a priori qualquer elemento do discurso dele, o que implica que deixe funcionar o mais livremente possível a sua própria atividade inconsciente”*.<sup>39</sup>

Desse modo, pretendeu-se entrar em contato mais intenso com o material coletado, a partir das várias leituras, com o objetivo de deixar-se impregnar pelo seu conteúdo.

Na fase seguinte, foi utilizada a Análise de Conteúdo e nesta, a Análise Temática.<sup>40</sup> A Análise Temática implica em descobrir os núcleos de sentido contidos na comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode ter algum significado para o objetivo analítico pretendido, sendo que o tema é a unidade de significação que se liberta do texto analisado. A Análise Temática é transversal, recorta o conjunto das entrevistas por meio de uma grelha de categorias projetada sobre os conteúdos. Portanto, sempre a partir de nova leitura das entrevistas, objetivamos voltar a atenção para trechos mais significativos, buscando contemplar o objetivo proposto do presente estudo. Após o recorte dos conteúdos advindos das entrevistas, foi possível obter a grelha de categorias e a seguir partimos para a busca dos núcleos de sentido dos conteúdos.

Desse modo, ao visar contemplar o objetivo deste estudo que pretende compreender como os familiares veem o cuidado recebido no serviço de saúde mental, foi possível apreender os temas emergentes:

- a) Hospital Dia como espaço de acolhimento, de refúgio;
- b) Hospital Dia como propulsor de esperança;
- c) Dificuldades sentidas pela família;
- d) Proposta de mudança, de melhoria do serviço;

## 5. Apresentação, discussão e resultados

5.1 Na busca de elucidar a caracterização dos sujeitos ouvidos, o quadro abaixo ilustra dados de identificação dos mesmos.

**Quadro 1: Caracterização dos participantes da pesquisa**

Participantes	Sexo	Idade	Escolaridade	Grau de parentesco	Procedência	Outros serviços
Violeta	Masculino	74	Fundamental incompleto	Marido	Botucatu	Sim
Rosa	Feminino	49	Fundamental incompleto	Mãe	Bofete	Sim
Margarida	Feminino	44	Fundamental incompleto	Mãe	São Manuel	Sim
Orquídea	Masculino	64	Fundamental incompleto	Marido	Promissão	Sim
Tulipa	Masculino	61	Ensino médio completo	Marido	Botucatu	Sim
Antúrio	Feminino	61	Analfabeta	Mãe	Barra Bonita	Sim
Cravo	Masculino	58	Superior incompleto	Padrasto	São Manuel	Sim
Girassol	Feminino	45	Fundamental incompleto	Mãe	Jaú	Sim

Embora o estudo não tenha se proposto a deter nos diagnósticos psiquiátricos, foi possível observar que estes variaram entre esquizofrenia, depressão e distúrbio bipolar.

A maioria dos familiares deixou sua fonte de renda para cuidar de seu familiar adoecido, passou a viver apenas do benefício fornecido pelo governo ou renda de um terceiro. Todos os participantes ouvidos se declararam como as pessoas responsáveis por todo cuidado e acompanhamento do seu familiar adoecido, assim como todos já haviam passado por outro tipo de serviço de saúde sendo: Ambulatório, Centro de Atenção Psicossocial, Hospital Psiquiátrico ou Unidade Básica de Saúde.

5.2 Visando o cumprimento do objetivo proposto, embora o material obtido a partir da escuta dos participantes tenha se mostrado bastante rico de significados a presente pesquisa se deterá aos seguintes temas:

5.2.1 Hospital Dia como espaço de acolhimento, de refúgio;

5.2.2 Hospital Dia como propulsor de esperança;

5.2.3 Dificuldades sentidas pela família

5.2.4 Proposta de mudança, de melhoria do serviço.

Em todos os temas emergentes, foi possível constatar as grandes dificuldades sentidas pelos participantes ao viverem a experiência de ter um membro familiar portador de transtorno mental. Cada sujeito a seu modo, explicitou este aspecto, destacando a ideia central de que o transtorno mental é difícil para a família e para a pessoa que vivencia a situação.

### **5.2.1 HD como espaço de acolhimento, de refúgio**

As narrativas derivadas das vivências pessoais dos participantes ouvidos, associam o serviço pesquisado como local onde encontram continência às suas necessidades. O cuidado aparece nos relatos com o significado de convergência ao aconchego, conforto, segurança, proteção e refúgio. Boff<sup>14</sup> afirma que, cuidar representa muito mais que um ato ou atitude. A própria essência humana se encontra no cuidado, sendo a base que sustenta a existência humana enquanto humana.

Na etimologia das palavras acolhimento e refúgio, encontramos na primeira, a referência ao ato ou efeito de acolher, de atenção, consideração, abrigo. Já na segunda palavra, encontramos a menção de local para onde alguém possa estar em segurança, sentindo-se apoiado, protegido.<sup>13</sup>

Nessa perspectiva, foi possível constatar que alguns sujeitos fizeram ligação do serviço pesquisado à casa, à moradia, associando casa e serviço no qual recebem o cuidado.



Na produção gráfica, encontramos o desenho de uma casa simples, com portas e janelas e a breve história: *Quis desenhar a enfermaria, é como casa.* (Violeta)



Já outro sujeito, produziu o desenho de uma casa também simples, intitulou-o de *A sua vida* e elaborou a história:

*“Sol, nuvem, uma casa, janela, porta, flor e uma árvore. Então o hospital vai agir como se a pessoa dentro de casa, uma casa. A casa da pessoa para ele reagir.”* (Rosa)



Saraceno<sup>6</sup> afirma que a reabilitação tem muito a ver com a ideia de casa, de habitat. Para o autor, a situação de estar no sentido adjetivado, está vinculado à pouca propriedade de algum lugar, de um espaço. E o habitat tem a ver com um grau mais evoluído de propriedade de um espaço no qual se vive, onde as trocas e afetos acontecem, isto é, a interdependência que ocorre nas relações humanas e conseqüentemente, nos ambientes nos quais as pessoas circulam. Assim, as funções da

reabilitação incidem para uma conquista concreta de ter casa, habitar e nessa, ativar desejos e habilidades.

Ao fazerem ligação entre o serviço de saúde e a casa, os participantes sugerem sentir a existência de vínculos, de responsabilização, de cuidado, de acolhimento e de trocas no contexto do H.D. Isso vai de encontro à afirmação de Bueno e Merhy<sup>41</sup> ao destacarem que nas relações ligadas à assistência em saúde, o acolhimento vai além do próprio conceito, pois passa pela consideração da subjetividade, da escuta das necessidades de cada sujeito e família, possibilitando a responsabilização e a construção de vínculos.

Entendendo a importância do momento no qual se encontra seu familiar, um dos sujeitos relata:

*Aqui é bom. Internou porque precisa, quando precisa tem que internar. (Violeta)*

Os participantes ouvidos convivem com situações inerentes ao transtorno mental, e conseqüentemente, sentem as dificuldades advindas deste convívio. No entanto, a compreensão subjetiva das experiências vividas, pode contribuir para o processo de reabilitação almejado.

*“Eu noto que as pessoas estão tratando ela como uma. Não com aquele negócio de mandar e impor, ela sabe das regras...” (Tulipa)*

*“Estou sentindo que o pessoal está fazendo, tipo a última vez ele mexeu na medicação dela e veio conversar comigo, e não mexeu de bate e pronto, fez exames antes para adequar as dosagens e avisaram que estavam trocando a medicação” (Tulipa)*

Embora esteja presente na última fala o destaque para a terapia medicamentosa, vemos que os discursos reconhecem e valorizam o olhar subjetivo dos profissionais para com a pessoa que requer ajuda. O reconhecimento que o depoente relata, retrata que suas necessidades foram acolhidas pelo serviço. A disponibilidade dos profissionais que assistem, a tentativa de compreensão de condutas expressas, de decifrar códigos

desconhecidos, mas expressos pela pessoa que sofre o transtorno mental são valorizados pelo participante ouvido.

Saraceno<sup>6</sup> ao destacar as variáveis que interferem na dinâmica dos serviços de saúde mental, aponta as variáveis micro definidas como o nível de escuta, de afetividade, de respeito à subjetividade, de compromisso no cuidado, de resolubilidade. E afirma que tais variáveis, certamente possibilitam a inclusão e a participação dos sujeitos envolvidos no processo de assistência, quer sejam esses, pacientes, familiares ou profissionais.

De novo, ouvimos relato que aponta a afirmativa de Saraceno:

*“Para mim está tranquilo. Eles estão se esforçando para trabalhar com ele. Percebi que eles estão tendo esse esforço, esse interesse para poder se comunicar com ele. Para mim está ótimo. Eles poderiam deixar como está, e que o Pedro desse um jeito de entender as coisas, mas não, eles estão tentando compreender. Ele é participativo nas atividades, interage bem com as pessoas.”(Girassol)*

Com o impacto do processo de adoecimento de seu familiar, os participantes relatam a necessidade compulsória de reorganização de suas vidas. Os discursos trazem a expressão da dificuldade em viverem a situação e o desejo de não vivê-la. As restrições, as dificuldades socioeconômicas, relacionais vividas, podem levar a estados emocionais no interior da família ou de modo especial, ao familiar cuidador.

*“Eu não tenho renda e não posso trabalhar por causa dele e as contas continuam chegando (...) Não posso fazer nada, não tenho dinheiro para pagar um tratamento, tenho que esperar por Deus.” (Antúrio)*

A partir do surgimento do transtorno mental e da convivência com a pessoa nesta situação, a dinâmica familiar é alterada. A busca pelo serviço de saúde mental e o

encontro de continência e de cuidado ampliado que responda às necessidades que se apresentam, facilitam os percursos.

Ao estudar o processo de assistência, Merhy<sup>42</sup> destaca as tecnologias leves, as quais geram alterações significativas no modo de trabalho na saúde pautada na ética do cuidado com a vida e do trabalho vivo, com o acolhimento, vínculo, resolubilidade e autonomia com o outro.

Cruz e Varela<sup>43</sup> afirmam que o cuidado é como um ato de interação de ações e atividades dirigidas ao paciente, priorizando o diálogo, o ouvir, a ajuda, a troca, o apoio, o conforto, a descoberta do outro, esclarecendo dúvidas, agregando a sensibilidade, valorização e a compreensão.

Todos os participantes ouvidos, tiveram experiência de tratamento em outros serviços de saúde mental. Alguns relatos trouxeram comparações, relataram situações de desconforto e descontentamento frente ao cuidado anterior recebido, e compararam a experiência anterior, com o serviço de saúde atual, isto é, o HD

*“Cuidam bem. Os outros hospitais eram com pessoas com menos juízo que ele, fica pior. Chegava pior em casa. Ele internou em um aqui que só tinha gente sem juízo. De comida, tratavam bem, mas chegava falando em luta...Os irmãos falavam que ele tinha chegado pior”. (Antúrio)*

*“Ela queria só buscar o remédio, é que lá não tinha assim uma ação. Como eles tem muito paciente, então ficava tudo junto. Ela olhava para aquele pessoal pior que ela, ela não é demente, ela sabe de tudo.” (Tulipa)*

As narrativas de experiências anteriores em hospital psiquiátrico tradicional, ilustram a antítese do que os participantes dizem estar vivenciando nesse momento no atual serviço de saúde. A divisão anterior entre sujeito e contexto social, própria da psiquiatria tradicional, é superada pelo conceito de reabilitação psicossocial, que “envolve profissionais e todos os atores do processo de saúde-doença, ou seja, todos os usuários e a comunidade inteira”.<sup>44</sup> Portanto, os referenciais teóricos da reabilitação

psicossocial baseiam-se em conceitos como autonomia, socialização, cidadania e contratualidade.<sup>6</sup>

Ainda relativo aos discursos dos participantes citados acima, que reportam as experiências anteriores de assistência psiquiátrica, podemos pensar que neles, há um distanciamento da consideração da subjetividade das pessoas que requerem ajuda.

Para Colvero e Machado<sup>17</sup>, a subjetividade passa a ser compreendida, não mais pela dissociação entre objeto-subjetivo, mas pela produção de sentidos, baseada nos “aspectos sociais, históricos, políticos, econômicos e institucionais e suas ações estruturantes das subjetividades dos homens”. Sendo assim, a subjetividade sempre está afinada com o presente, no contexto dos sentidos e significados do cotidiano.

*“Está bom aqui, converso com as pessoas, sempre gostei de conversar com o pessoal, tenho facilidade. Sempre no meio de muita gente. Trabalhava só com gente, no campo. Para mim todos que chegam, é paciente o acompanhante, a gente arruma um papo, cada um conta uma história triste, todos têm problemas. A gente vai levando.”  
(Orquídea)*

A narrativa evidencia a necessidade de trocas a partir de encontros com os outros, mesmo que estes outros contêm histórias tristes. Também nos leva pensar, na importância dos grupos humanos e no sentimento de pertença, de poder efetuar trocas.

Por outro lado, traz a ideia de universalidade aqui entendida como movimento que se revela através da exposição de experiências comuns, do aprendizado de que não se está sozinho.<sup>45</sup>

A sensibilidade proveniente da experiência de conviver com questões inerentes ao transtorno mental, questões essas que podem trazer sofrimento relativo ao preconceito, ao ainda desconhecimento sobre o assunto, à exclusão, ao isolamento social, aparece no relato de uma mãe:

*“Até agora não tenho o que reclamar...já era para ela ter sido internada, mas onde sugeriram eu não quis, seria no Cantídio e eu não aceitei e não aceito. Porque não quero, coisa de mãe. Não sei explicar. Nunca vai para lá enquanto eu tiver que enfrentar o mundo, eu enfrento.” (Rosa)*

O estigma da internação no hospital psiquiátrico, pode acompanhar e ocasionar a intensificação das dificuldades vividas pela pessoa acometida pelo transtorno mental, assim como para sua família. O relato acima parece trazer certo alívio à pessoa em sofrimento psíquico receber assistência num serviço diferente do hospital tradicional. Para esta família que reside em uma pequena cidade vizinha, o fato de no momento receber assistência no atual serviço, é um diferencial que pode trazer melhores perspectivas.

### **5.2.2 Hospital Dia como propulsor de esperança**

O adoecimento mental é marcado pelo desgaste na vida das pessoas, promovendo o desvio da trajetória de vida. Provoca uma desorganização no sistema, marcando os indivíduos com danos, desabilidades e deficiências. Esta condição expõe estas pessoas a maior vulnerabilidade e prejuízo na autonomia, resultando em uma complexidade nas demandas decorrentes a esse adoecimento.<sup>46</sup>

A etimologia da palavra esperança derivada do latim sperantia, é o ato de esperar o desejado, a expectativa, a fé e confiança em conseguir o que se deseja.<sup>13</sup>

Nos relatos ouvidos percebemos a esperança presente no tom das vozes, como também, impressa na expressão da vontade de que tudo volte a ser como antes ou, diferente da realidade vivida pelos participantes.

Ao narrar à experiência de tratamento anterior e pensar no cuidado recebido no atual serviço de tratamento do filho, Antúrio conta:

*“...internar só se fosse em um hospital assim, porque o outro tinha muita gente*

*que só ficava perturbando ele. E ele dizia:  
Vou lá e não melhora, chego em casa e  
estou a mesma coisa.” (Antúrio)*

Na produção gráfica intitulada pelo participante Raio de Luz, foi elaborada a história: *“O sol porque foi uma grande esperança, que quando vim para cá tinha muita esperança que fosse dar certo...Esperança é o sol, a luz que a gente tem para viver e a vontade de voltar para casa. O retorno que é o objetivo maior. O retorno, mas quando ela tiver condições de ir. Se Deus quiser será a última internação.” (Orquídea)*



Ferreira<sup>46</sup> lembra que o adoecimento mental marca a vida das pessoas, promove o rompimento com trajetórias de vida, com projetos e com desejos. Ouvindo os relatos, é possível observar que as marcas ou as sequelas provenientes da experiência do adoecimento mental, se estendem também para os familiares, trazem insegurança, e muitas vezes, deixam aflorar a desinformação acerca do problema vivido, conforme é ilustrado:

*“Essa doença não tem cura?”  
(Antúrio)*

A cura, a proteção e a promoção se formam com a finalidade de um processo em saúde ser alcançado a partir de atos trabalhados no individual ou coletivo, onde se fragmentam saberes e práticas aplicadas na construção de atos cuidadores.<sup>19</sup>

A carência de informação somada ao desgaste físico e mental dos familiares, leva à busca da cura, ou à procura de possibilidades de um futuro diferente da atual realidade. Assim, deparar-se ou receber uma assistência que de fato busque a aproximação com as singulares necessidades, pode ser o propulsor para novas esperanças.

A recuperação da condição de doente mental pode ser compreendida como uma reorganização da cultura, da sociedade e de bases psicológicas, esse conjunto de ações, podem determinar um tratamento bem-sucedido.<sup>47</sup> Tal afirmativa nos remete ao pensamento de Saraceno<sup>6</sup>, que aborda a importância das variáveis reais que contribuem para mudança nas vidas das pessoas que requerem ajuda, assim como de suas famílias. E dentre essas variáveis, Saraceno fala da importância das intervenções que descrevem não só os aspectos clínicos, mas também, os aspectos situacionais vividos por cada pessoa acometida pelo transtorno mental.

É visível que a experiência de proximidade com o transtorno mental, a vida das pessoas envolvidas se desestabiliza e o enfrentamento do problema torna-se difícil. Entretanto, no processo de assistência, ações transformadoras podem possibilitar o resgate da vida anterior.<sup>12</sup>

Ao narrar os cuidados atuais recebidos pela filha, ouvimos:

*“Eles estão tentando regular medicação, porque ela reclama que toma muito remédio. Eles estão tentando ver se conseguem reduzir.”* (Tulipa)

Assim, vemos que os familiares tem a esperança de que um tratamento acessível e adequado às necessidades individuais daquele paciente pode levar a um caminho de volta a vida social e com aceitação do próprio paciente.

*“Depois dessa última internação, ela está aceitando mais a doença.”* (Tulipa)



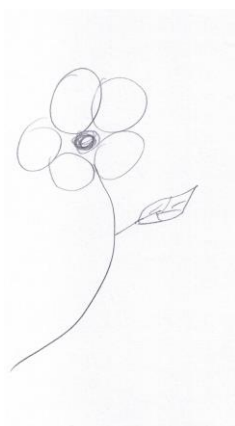
Alguns relatos sugerem que a internação significa uma forma de recuperação e reabilitação. Porém, a aceitação do tratamento é um caminho a percorrer com muitas curvas e desvios, com a esperança da melhora mostra que cada pequena visualização clara da situação é um grande passo para essa conquista.

Desse modo, os suportes sociais apresentados e identificados pelos indivíduos são fundamentais para a manutenção da saúde mental. Uma rede social fortalecida contribui para a reinserção social e ajuda a enfrentar situações adversas e de desgaste.

*“Em casa é bom ficar, mas se ele ficasse só conversando. Os medicamentos aqui são melhores. Então é melhor ele estar aqui do que lá nervoso demais. No hospital ele está bem cuidado.”(Antúrio)*

A confiança no serviço de saúde, mostrado nesse relato, deixa claro que a estrutura de cuidado compõe-se por lacunas de serviços e déficits de acompanhamento. O depoente prefere ver seu familiar querido internado, pois considera que no serviço de saúde, o tratamento é mais concreto.

Na produção gráfica na qual a participante desenhou uma flor, intitulou o desenho Esperança e elaborou a história: *“Vou fazer uma flor, que significa coisa boa, coisa bonita. Caminho que possa se recuperar. A gente pede a Deus todos os dias pelos filhos, tenham sempre um caminho bom, abençoado. Que ela fosse curada, até agora ela não estava conseguindo e parece que aqui ela está indo. Peço a Deus que ela consiga. Que a equipe plante essa sementinha e que ela floresça”.* (Cravo)



O tratamento é contínuo e longo, onde nenhuma peça pode ser perdida ou passada despercebida, todos os detalhes são importantes para esse suporte e tratamento adequado para cada paciente e familiar. Os relatos mostram dificuldades e uma ponta de esperança de que tudo pode ser diferente com um cuidado capacitado, adequado e individualizado.

### **5.2.3 Dificuldades sentidas pela família**

Este tema apresenta-se recorrente nos relatos das pessoas ouvidas. O enfrentamento das dificuldades de muitas ordens como sobrecarga emocional, problemas econômicos, sociais, relacionais, preconceitos, fazem parte da dinâmica da vida da pessoa acometida pelo transtorno mental e sua família.

À medida que a família passa a assumir a função de cuidador, a se responsabilizar pelas demandas de sua função, se depara com dificuldades para enfrentar as alterações de comportamento, a falta de esclarecimentos e informações por parte do sistema de saúde que muitas vezes, não fornece respostas claras sobre a causa e o prognóstico da doença.<sup>8-48-49-50</sup> Como mostrado neste fragmento de relato.

*“A gente não sabe até onde pode ir, o que pode falar, o que pode, sabe. Tem coisas que eu prefiro não falar.”* (Margarida)

A insegurança sentida pelo familiar junto ao serviço, pode ocasionar ainda mais dificuldade. Além de que, situações vividas no passado na busca de tratamento adequado, nem sempre tiveram sucesso e deixaram marcar importantes que solicitam consideração. Mesmo mediante o encontro de atendimento que se diferencia das experiências anteriores, a família pode se mostrar reticente e com algum temor em fazer alguma reivindicação, conforme bem ilustra a fala de Margarida. Isso evidencia a importância do oferecimento de cuidado que se aproxime das necessidades subjetivas de cada núcleo familiar.

Pereira e Pereira Jr.<sup>37</sup> destacam a necessidade de parcerias entre serviço de saúde, profissionais e núcleo familiar na dinâmica de reabilitação psicossocial, e afirmam que a carência de orientação às famílias, pode provocar conflitos e descompassos, prejudicando o processo terapêutico.

Segundo Koga<sup>51</sup> foram identificados três tipos de sobrecarga impostas às famílias: financeira, física e emocional. Dentre essas categorias identificadas, a financeira se destaca nas entrevistas, pois a maioria dos participantes abandonou sua fonte de renda para prosseguir o cuidado com seu familiar.

*“...Parei de trabalhar por conta dele. Quando ele começou a adoecer começou com crises de medo. Ele ia me buscar no trabalho para ficar com ele, não queria ficar em casa sozinho.” (Girassol)*

A dificuldade financeira pode trazer maior instabilidade emocional no interior da vida familiar, aumentar conflitos e intensificar a sobrecarga sentida por todos os membros do núcleo familiar. Frente às dificuldades vividas pela família ao buscar a necessária assistência em saúde mental, a sobrecarga pode ser intensificada.

À medida que o serviço de saúde amplia seu horizonte de atuação e se aproxima da realidade singular de cada família que requer assistência, toma para si a responsabilidade de fato e propicia uma assistência que traga melhoria significativa para o paciente e família. A gama de sentimentos vividos pelas pessoas envolvidas na experiência de conviver com as questões inerentes ao problema, é evidente nas narrativas ouvidas:

*“...Eu aceito, porque é uma coisa que aconteceu. Não tem como evitar. Não se pula do barco quando ele está navegando ruim, tem que tentar remar” (Tulipa)*

Mais uma vez, nos aproximamos do pensamento de Saraceno<sup>6</sup> que enfatiza a importância do serviço pensar e elaborar plano terapêutico que de fato possa contribuir para mudança nas vidas das pessoas envolvidas com a situação trazida pelo transtorno mental.

O Ministério da Saúde<sup>52</sup> preconiza que os serviços de atenção comunitária trabalhem com ações dirigidas aos familiares com o compromisso de construir projetos de inserção social, respeitando as individualidades e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam a qualidade de vida dos portadores de sofrimento psíquico.

Isso solicita confiança entre as partes envolvidas na assistência, ou seja, entre paciente, família e serviço com sua equipe de cuidadores. No entanto, alguns participantes ouvidos trouxeram nos relatos experiências anteriores que evidenciam haver lacunas significativas na assistência recebida:

*“Na minha cidade ela não fazia acompanhamento, porque não tem muita ética. O que se fala ou que conversa com o profissional acaba saindo do consultório. É para proteger ela. As pessoas vão falando e chamando de louca. Eu acho que só piora, acho não, tenho certeza.”* (Margarida)

*“Acompanhamento lá não tem, só quando dá crise que leva.”* (Rosa)

Além de aspectos éticos e preconceituosos mencionados na fala de Margarida, as narrativas ilustram que não foram realizados os acompanhamentos nas redes de cuidados integrados, houve quebra de rotina de evolução desses pacientes. Esses foram atendidos apenas nas horas críticas de crise, sem seguir a hierarquia do sistema de saúde, procurando serviços de nível terciário e Pronto Socorro. E é nítida a ausência de comunicação entre esses serviços, ou seja, o paciente é atendido em diferentes serviços, sem que haja informações acerca de seu histórico de vida e de saúde.

*“Tem que ir para o posto! Toma um soro, mas às vezes traz para cá (Pronto Socorro de outra cidade). Vem de ambulância.”* (Rosa)

No relato, a participante diz que foi ao posto em sua cidade e a seguir, seu familiar foi encaminhado para outro local, sendo um Pronto Socorro referência em outra cidade. A pessoa acometida pelo transtorno mental foi transferida em meio ao surto psicótico, em uma ambulância, até receber assistência.

Essa lacuna que muitas vezes caracteriza o atendimento, pouco considera a experiência complexa de sofrimento na qual está mergulhada a pessoa que requer ajuda e sua família.

Câmara e Pereira<sup>53</sup> abordam a assistência voltada para a consideração do corpo

como objeto a ser reparado, e afirmam que há nos sujeitos da assistência, o pedido de reintegração do corpo vivido. Nessa ótica, consideram as autoras, que a relação humana é o instrumento para se compreender o universo simbólico trazido por cada pessoa.

Na busca de assistência, a maioria dos participantes ouvidos são provenientes de outra cidade conforme refere Antúrio:

*“Eu só venho de segunda feira, porque é longe, venho de transporte da prefeitura.”*  
(Antúrio)

Antúrio é mãe de um jovem portador de transtorno mental, revelou sentir grande sofrimento com a situação vivida. Na produção gráfica desenhou um rosto, intitulou-o “Desenho triste” e elaborou a história: *“Carinha de muito triste, triste de ver meu filho sofrer”*.



Assim, o desalento, o medo, a insegurança e o sofrimento vivido por esse e outros familiares estão presentes nos relatos. É possível perceber a tristeza embutida na vida e na rotina dessas pessoas, o que nos faz refletir sobre a necessidade do efetivo cuidado para com o cuidador, conforme se evidencia na narrativa de Antúrio:

*“Algumas vezes acho que vou ficar igual a ele”*

Ao narrar intenso desgaste anterior na busca de tratamento para a esposa e ao se deparar agora no atual local de tratamento (HD), Orquídea refere poder ter um tempo para si:

*“Aí eu cuido um pouco de mim”*

Outro participante ouvido, na produção gráfica, desenhou uma interrogação, intitulou o desenho: “*Medo do futuro*” e elaborou a história: “*Tenho medo do futuro. Essa interrogação significa que eu ainda estou com medo do que ele pode trazer ou fazer com meu filho*” (Girassol)



O preconceito aparece como outra realidade que traz tristeza aos familiares, provoca o afastamento da sociedade e leva ao afastamento defensivo. Alguns relatos evidenciam que o familiar cuidador também fica com a vida social restrita, pobre de trocas afetivas e sociais.

O julgamento da loucura faz com que o doente perca a sua cidadania, se depare com preconceitos e seja desmembrado da sociedade.<sup>54</sup>

*“O preconceito. O pessoal tem medo. Com ela nunca fez nada, mas sempre da casa para o consultório e do consultório para a casa.”* (Orquídea)

*“Fica na pessoa aquele estigma que a pessoa é doente, esteve internada. A maioria se afasta, mas muito. Você chega no supermercado e pessoa do caixa fala assim “nossa hoje está calma”. As pessoas ficam com o pé atrás”* (Tulipa)

A proteção que o cuidador quer oferecer ao seu familiar, também pode afastá-lo da sociedade em decorrência do preconceito ainda existente no meio social. A historicidade que envolve os transtornos mentais, a histórica segregação, a falta de informação, os equívocos ainda presentes, contribuem para a existência do preconceito acerca desta área.

*“Ela faz tudo normal, já tem suas atividades, cuida da casa. De repente ela fica nervosa e xinga muito. O problema é quando ela começa a fazer isso fora, se ela fizesse só no circuito da casa a gente ia conciliando, sai de perto, deixa falar, não discute. O duro quando é fora, o último foi com a vizinhança. O medo é de alguém agredir, pessoas que não entendem que ela está doente” (Tulipa)*

Saraceno<sup>9</sup> afirma que a experiência do sofrimento psíquico é a da intermitência entre o sofrimento e o não sofrer envolto por fases de diminuição de sintomas.

Os depoentes trazem nos relatos, o quanto a desinformação permeada pelo preconceito conduz à ideia de que o transtorno mental é muitas vezes visto pela sociedade, como um estado adjetivado. Isto é, a pessoa portadora do transtorno é vista no paradigma segregacionista, fadada ao estado de doença permanente, sem possibilidade de mudança, bloqueada quanto à perspectiva de reabilitação psicossocial.

Torna-se fundamental refletir que mesmo em situação na qual o transtorno mental não apresente remissão, é possível promover potencialidades afetivas que diminuam a vulnerabilidade e possibilitem o desenvolvimento de vínculos.

Nesta ótica, Evaristo<sup>31</sup> afirma que a partir de qualquer nível de destruição humana, sempre é possível promover a vida.

#### **5.2.4 Proposta de mudança, de melhoria do serviço**

Todos os participantes deste estudo tiveram experiências anteriores de assistência em hospital psiquiátrico, em serviços substitutivos ou na rede básica de saúde. Os relatos ouvidos indicam que essas experiências foram negativas, marcadas pela falta de esclarecimento à família sobre a situação apresentada pelo membro adoentado, pela carência de estabelecimento de relação mais próxima entre profissionais que assistem, paciente/família. Das singulares vivências, é possível apreender que essas levaram à consequências negativas nas trajetórias, ou pouco contribuíram para o

encontro de caminhos reabilitadores que de fato, trouxessem indicativos de mudança positiva nas vidas das pessoas envolvidas.

Não desconsiderando a complexidade, as dificuldades e os desafios para efetiva implantação de diretrizes no campo da política de saúde e de especial modo, da saúde mental, vemos que os participantes destacam a questão das relações humanas no interior dos serviços já frequentados, como também, no atual serviço no qual recebem assistência.

*“O bom dessa internação é que eu estou vendo a melhora dela, isso é bom. Em casa não tinha condição, essa fase seria muito difícil tratar e o médico é 220 Km, só por telefone trocando remédio, muito difícil.”*  
(Orquídea)

A narrativa nos remete a pensar no distanciamento de muitas ordens que ocorre no campo da assistência à saúde. Neste distanciamento está contida a dificuldade de expansão das políticas de saúde nos municípios, a importância do profissional tomar para si a responsabilidade do efetivo cuidado e o oferecimento de uma assistência que vislumbre mudanças na vida de quem requer ajuda.

O processo de cuidado, saber cuidar se resulta no modo como se aprende a cuidar de si e do outro, tendo em vista a realidade, possibilidades e limitações. O ideal seria que a sociedade pudesse ter valores e estrutura na construção ao redor do cuidado com as pessoas, sobretudo, considerando as diferentes culturas, saberes e ideias.<sup>55</sup>

Um dos grandes problemas relatados pelas famílias direta ou indiretamente, é a distância do serviço de saúde que dá o suporte a essas pessoas. Os pacientes são levados a buscar serviço qualificado em outras localidades. Isso, além de aumentar a sobrecarga do familiar cuidador, pois ele tem que se deslocar e deixar outras atribuições, também faz com que o tratamento se torne fragmentado e com lacunas, uma vez que há pouca comunicação entre serviços. E quando isso acontece, os conteúdos dos encaminhamentos são pontuais, com restritas informações acerca das histórias pessoais dos pacientes conduzidos a outros locais de atendimento.



A construção da Política de Saúde Mental no Brasil busca garantir a defesa dos direitos, a melhoria da qualidade de assistência e a construção de necessidades expostas pela população com transtornos mentais.<sup>56</sup>

Apesar de ter referência anterior negativa acerca de tratamento psiquiátrico, o marido de uma paciente relata:

*“A irmã dela foi internada uma vez e contou que deram choque, então eu tinha aquele pé atrás. Eu imaginava que fosse uma sala grande, que tivesse bastante cama. Mas no máximo aqui são seis pessoas. Cheguei aqui, é essa maravilha. Tinha ideia que fosse igual aqueles manicômios de filme.” (Orquídea)*

*“Um paciente daqui disse que já esteve lá (internado em outro lugar) e falou assim, saí do inferno e vim para o céu. Muita gente para cuidar, muito complicado para controlar.”(Orquídea)*

Na produção gráfica, Tulipa fez o desenho intitulado “Meu lugar feliz” que contém elementos da natureza como árvore, flores, céu, nuvens, sol, e elaborou a história: *“Você não vai querer ficar presa o dia inteiro aqui dentro. Quer sair, igual ela fez agora para fumar, fica lá no sol e vê gente. Para ela seria interessante. Lá no Cantídio ela saía, ficava na praça. Tem doença que se confinar é pior.”*



Ao mencionar a importância da assistência recebida, Tulipa revela que a liberdade, o estabelecimento de relações interpessoais são aspectos terapêuticos e necessários para o processo de reabilitação psicossocial:

*“Porque a pessoa viver em contato com a natureza é melhor do que viver preso. A pessoa tem direito em viver mais em comunidade.” (Tulipa)*

Os participantes ouvidos sinalizam que se consideram dentro da dinâmica da busca de tratamento que vá trazer melhoria para seu familiar. É evidente que a família faz parte desse processo, onde as informações trazidas são importantes e o relato de detalhes, de rotina da vida do paciente e seu núcleo familiar, podem ajudar no tratamento. Por outro lado, as informações acerca do paciente dadas pelos profissionais, esclarecem, acalantam, confortam e ajudam esses familiares.

*“...Os médicos passam e sempre falam e perguntam querendo saber o passado dela, o que aconteceu.” (Orquídea)*

Leal e Delgado<sup>57</sup> ao abordarem aspectos relativos ao cuidado, afirmam que para que este se efetive, é necessário que haja a aproximação singularizada entre profissionais, pacientes e seu convívio social, possibilitando a construção e o acompanhamento das necessidades peculiares de cada sujeito com o seu sofrimento e com o meio social que habita.

No relato de uma mãe que enfrenta na vida dificuldades de muitas ordens como financeira, relacional, social, reconhece que a equipe de saúde do atual serviço, está se adequando às necessidades do paciente para que o tratamento seja reabilitador. Esse tem uma deficiência auditiva, o que dificulta a comunicação com os profissionais, mas isso não impede a continuidade dos cuidados. Ela conta que a equipe vai se preparar para poder acessar e potencializar o tratamento com uma comunicação clara.

*“Não sabem libra não. Inclusive na quarta eles imprimiram uma folha com libras, sinais. Parece que eles vão trabalhar com figuras e libras.” (Girassol)*

Campos e Domitti<sup>58</sup>, Pereira<sup>32</sup>, Gonçalves<sup>59</sup> enfatizam a importância do vínculo entre usuários e profissionais na construção da assistência que de fato contribua para transformação na vida das pessoas que necessitam de ajuda.

Assim, a relação entre os profissionais e o paciente é essencial para um vínculo consistente. A desconfiança pode comprometer o tratamento, deixando o familiar preocupado e insatisfeito em relação a assistência a ser prestada pelo serviço de saúde. O participante ao se referir à uma das auxiliares de enfermagem da equipe que atua no serviço que é contexto deste estudo, relatou:

*“As enfermeiras são ótimas, mas sempre tem uma, não vou falar nome, que não ajuda. Tem uma que é uma ancora. Às vezes é grossa. Outros pacientes já falaram (... )Sem educação, não tem paciência.”*  
(Orquídea)

Certamente, o processo de transformação da assistência em saúde mental está em curso, produz resultados e possibilita alternativas de reabilitação. No entanto, é importante que a mudança seja vista, como processo de aprimoramento e aprendizado para ambas as partes. Alguns relatos mostram sinais nos quais é notório que a equipe se prepara e tenta não se estagnar no processo. Porém, outros relatos mostram dificuldades vivenciadas e que com elas, podem aprender e se capacitar.

Por outro lado, o mesmo participante que relatou a fala acima, faz sugestões que contribuem para o cuidado de acordo com as subjetivas necessidades apresentadas por seu familiar:

*“Como ela está esquecida, ela se perde no tempo. Se ela parar aqui ela fica olhando para o nada. Ela teria que fazer uma terapia ocupacional, ocupar mais a mente, porque se deixar ela sentada em uma sala vem a televisão e ela não vai se concentrar, chega um ponto que em casa é melhor porque ela se ocupa com os afazeres cotidianos, limpa e cozinha.”* (Orquídea)

No relato, há o apelo para que a atual assistência oferecida se diferencie do que foi vivido anteriormente e, que de fato, contribua para a melhoria e propicie o encontro de um caminho diferente do trilhado pela paciente até o momento.

Saraceno<sup>6</sup> ao discorrer sobre o paciente, o diagnóstico e o contexto, refere que

no processo da assistência em saúde mental, é inegável a importância de interrogar-se acerca de quais são as informações e qual o olhar necessário para se coletar necessidades, demandas e possibilidades da pessoa à nossa frente. Desse modo, para se alcançar caminhos reabilitadores, é necessário ter em consideração um conjunto de variáveis referentes ao paciente.

## **6 . Considerações Finais**

O presente estudo objetivou compreender como os familiares veem a assistência recebida no serviço de saúde mental atualmente frequentado.

Caracterizada como pesquisa de natureza qualitativa, destacamos a relevância de inserir como instrumento de coleta o procedimento apresentativo expressivo. Este veio contribuir para a livre expressão dos participantes, assim como para a fluência de subjetivos conteúdos.

A investigação permitiu perceber que todos os depoentes, acompanharam as experiências anteriores de tratamento psiquiátrico de seus familiares adoentados em diferentes locais como: hospital psiquiátrico tradicional, Centro de Atenção Psicossocial, ambulatório ou rede básica. Nos relatos, é possível constatar a carência de informações acerca do transtorno vivido. Isso pode gerar equívocos, com interpretações truncadas, que pouco contribuem para o desenvolvimento de ações que conduzem às mudanças significativas na vida das pessoas acometidas pelo transtorno mental.

Ouvindo os relatos, foi possível apreender que os aspectos negativos das experiências anteriores permaneceram latentes no interior de cada participante. E esses, ao se depararem com a dinâmica do Hospital Dia pautada em estratégias baseadas no acolhimento e na reabilitação, trazem de fato, o novo, despertam a esperança e a crença na possível mudança para melhor.

Os participantes ouvidos destacaram a importância das relações interpessoais, da liberdade, do respeito, como aspectos que embasam as possibilidades de fato terapêuticas. E esse é um importante aspecto destacado pela presente investigação: o quanto o ambiente acolhedor, atento às subjetivas necessidades do paciente e família, pode interferir e abrandar a sobrecarga enfrentada por essas pessoas. Desse modo, a escuta atenta, o interesse demonstrado por quem assiste, a empatia, o vínculo, são elementos vitais para propiciar transformações nas tantas situações apresentadas e vividas.

O acompanhamento ou a continuidade do tratamento é difícil para os participantes. A maioria reside em outra cidade, enfrentam obstáculos para se deslocarem em busca de tratamento, o que deixa evidente a fragilidade da rede de atenção em saúde mental nos municípios. E de modo geral, há ausência de

intersetorialidade e integralidade no atendimento em saúde mental que é uma área que necessita da confluência de muitos aspectos e pede pluralidade terapêutica eficaz. Nessa perspectiva, a expansão das políticas de saúde que contemplam o vasto elenco de necessidades dos municípios, se destaca como aspecto importante para a melhoria da assistência em saúde mental.

O sentimento de perda de confiança no tratamento, os conflitos causados pela desvalia na pessoa que sofre o transtorno, o preconceito ainda reinante, são elementos trazidos pelos participantes provenientes das vivências anteriores. Isso leva ao desgaste emocional do familiar cuidador, aspecto evidenciado no material obtido. Vê-se que a insegurança vivenciada pela família em relação ao serviço de saúde, juntamente com situações vivenciadas no passado causa um déficit no acompanhamento.

Por outro lado, foi possível observar também que ao sentir que há uma proposta terapêutica para seu familiar, pautada na escuta e no olhar acolhedor, o participante consegue vislumbrar o esforço para a busca de processos transformadores. Assim, destaca-se a importância da expansão da consciência e do entendimento dos profissionais envolvidos no processo da assistência, estimulados pelo desejo de busca constante de melhoria para todas as pessoas pertencentes ao cenário.

Evidencia-se que para os participantes, quando o serviço facilita e propicia o envolvimento criativo de busca de mais vida, de retomada de caminhos apesar das dificuldades enfrentadas, acontece a capacidade de gerar sentido, de encontrar inusitadas formas de transpor obstáculos antes intransponíveis.

Desse modo, é inegável que o serviço de saúde mental, pode contribuir para a existência de transformações significativas na vida do paciente e família, apesar do acometimento do transtorno mental.

O estudo aponta para a necessidade de comprometimento do serviço, de tomar para si a responsabilidade de ajudar e de fato, assistir e buscar a promoção, a autonomia, a reabilitação da pessoa que requer ajuda, inserindo a família como unidade no tratamento.

## 7. Referências

1. Ferreira MSC, Pereira MAO, Junior, AP. Auto-organização, autonomia e o cuidado em saúde mental. Rev. Simbio-Logias. 2013; 8(6):41-52.
2. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 1998.
3. Ministério da Saúde (BR). Modelo de atendimento à saúde mental é celebrado no Dia Nacional de Luta Antimanicomial. 2014 [acesso em 26 ago 2015]. Disponível em:  
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/12822-modelo-de-atendimento-a-saude-mental-e-celebrado-no-dia-nacional-de-luta-antimanicomial>.
4. Ministério da Saúde (BR). Brasil comemora dez anos da reforma psiquiátrica com avanços na assistência à saúde mental pelo SUS. 2011 [acesso em 26 ago 2015]. Disponível em:  
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/5159-brasil-comemora-dez-anos-da-reforma-psiquiatrica-com-avancos-na-assistencia-a-saude-mental-pelo-sus>
5. Ministério da Saúde (BR). Esclarecimento sobre leitos no SUS. 2014[acesso em 26 ago 2015]. Disponível em:  
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/15145-esclarecimento-sobre-leitos-no-sus><sup>2</sup>
6. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte (MG): Te Corá; 2000.
7. Loyola CM, Oliveira RM. Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida. Acta Sci, Health Sci. 2004;26(1): 213-22.
8. Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo (SP): Escrituras Editora; 2001.

9. Saraceno BA. Concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Rev Ter Ocup.* 1998; 9(1): 26-31
10. Oliveira LH, Miranda CM. A instituição psiquiátrica e o doente mental: a percepção de quem vivencia esse cotidiano. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2000;4(1):95-104.
11. Pereira MAO. Representation of mental illness by the patient's family, *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2003; 12(7): 71-82.
12. Ferreira MSC, Pereira MAO. Cuidado em saúde mental: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia, *Rev. Bras. Enferm.* 2012; 65(2): 317-23.
13. Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Positivo; 2006.
14. Boff L. Saber cuidar: ética do humano- compaixão pela terra. 9º ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
15. Martinez WRVM. O cotidiano da produção de cuidados em saúde mental e a produção de prazer: uma cartografia [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011. 211 p.
16. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2004; 8(14):73-92.
17. Colvero LA, Machado AL. O cuidado na dimensão subjetiva: o ensino das relações interpessoais. In: Labate RC (org). *Caminhando para a assistência integral.* Ribeirão Preto: Scala; 1999. p. 169-79.
18. Martinez WRV, Machado AL. Produção de cuidado e subjetividade. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(2): 328-33.
19. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In CR Campos et al. (orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte reescrevendo o público.* São Paulo: Xamã; 1998. p. 387.



20. Merhy EE. Cuidado com o Cuidado em Saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: Merhy EE, Amaral H (orgs.). Reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Hucitec; 2007.
21. Barros S, Oliveira MAF, Silva ALA. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. Rev Esc Enf USP. 2007; 41: 815-9.
22. Machado AL, Colvero LA. O Cuidado de Enfermagem: o sujeito do cuidado como sujeito da relação. In: Anais do 8º Enfetec; 2002.
23. Carvalho MCB. Família e políticas públicas. In: Kaloustian SM, organizador. Família brasileira, a base de tudo. São Paulo: Cortez; 1998: 93-108.
24. Elsen I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2ª ed. Maringá: Eduem. 2002;11-24.
25. Fallon I, Magliano L, Morosini P. Intervento Psicoeducativo Integrato in Psiquiatria. Trento: Erickson. 1997
26. Pereira MAO, Cais DP. A percepção de familiares de pacientes psiquiátricos a respeito do serviço de saúde oferecido. Rev Gaúcha de Enfermagem.2002; 22(2).
27. Zanetti ACG, Galera SAF. O impacto da esquizofrenia para a família. Rev Gaúcha Enferm. 2007; 28(3):385-92.
28. Bieleman VLM, kantorski LP, Borges LR, Chiavagatti FG, Willrich JQ, Souza AS, et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. Texto Contexto Enferm. 2009;8(1):131-9.
29. Coimbra VCC, Kantorski LP, Oliveira MM, Pereira DB, Nunes CK, Eslabão AD. Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado de saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Rev Esc Enfermagem USP. 2011; 45(5): 1150-6.
30. Bleger J. Temas de Psicologia: entrevista e grupos. São Paulo: Martins Fontes; 2003.

31. Evaristo P. Gestão da Psiquiatria na Comunidade. UNOPAR Cient. Ciênc. Bio. Saúde. 2000; 2(1); 27-34.
32. Pereira MAO. A Reabilitação Psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. Rev. Latino-Americana de Enfermagem. 2007; 15: 658-64.
33. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2004.
34. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista de Saúde Pública. 2005; 39(3).
35. Vaisberg TMJ. Ser e Fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana. Aparecida: Ideias e Letras. 2004: 109-28.
36. Trinca W. Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática. São Paulo; 1987.
37. Pereira MAO, Pereir AJr. Transtornos Mentais: dificuldades enfrentadas pela família. Rev. Esc. Enfermagem da USP. 2003; 37(4): 92-100.
38. Machado MP, Pereira MAO. Percepção da doença mental por profissionais de saúde: possibilidades de ampliação do cuidado. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2013; 13: 93-101.
39. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da Psicanálise São Paulo: Martins Fontes; 1992.
40. Bardin L. Análise de conteúdo. 70º ed. São Paulo; 2011.
41. Bueno WS, Merhy EE. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? [artigo na internet]. [acesso em 01 set 2016] Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>>
42. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Práxis em salud: um desafio para lo público. Buenos Aires (AR)/São Paulo (SP): Lugar Editorial/Hucitec; 1997; 71-112.

43. Cruz EA, Varela ZMV. Admissão em centro cirúrgico como espaço de cuidado. Rev Eletrôn Enferm [Internet]. 2002 [citado 2016 set. 20];4(1):51-8. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/742>
44. Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a Passagem do Milênio. In: Pitta A. (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec. 1996: 13-18.
45. Munari DB, Rodrigues ARF. Enfermagem e Grupos. 2ª ed. Goiânia: AB Editora. 2003.
46. Ferreira MSC. O Cuidado em Saúde Mental: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia.[Dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2010. 185p.
47. Jucá VJS. A multivocalidade da cura na saúde mental: uma análise do discurso psiquiátrico. Ciência e Saúde coletiva. Salvador. 2005;10(3): 771-9.
48. Marsh DT. Families and mental illness: new directions in professional practice. New York: Praeger. 1992.
49. Ostman M, Hansson L, Anderson C. Family burden, participation in care and mental health: an 11-year comparison of the situation of relatives to compulsory and voluntary admitted patients. International Journal of Social Psychiatry. 2000;46 (3): 191-201.
50. Rose E. Families of psychiatric patients: a critical review and future research directions. Archives of Psychiatric Nursing. 1996;10 (2);67-76.
51. Koga M. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1997.
52. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Legislação em saúde mental: 1990 - 2004. 5a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

53. Câmara MC, Pereira MAO. Percepções de transtorno mental de usuários de Estratégia Saúde da Família. Rev. Gaúcha Enferm. 2010; 31(4):730-7.
54. Spadini LS, Souza MCBM. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(1):123-7.
55. Silva LWS, Francioni FF, Sena ELS, Carraro TE, Randünz V. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re) descoberta na enfermagem. Rev bras enferm [Internet]. 2005 Jul-ago [citado 2016 out 24];58(4):471-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a18v58n4.pdf>.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.
57. Leal E, Delgado PGG. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: Pinheiro R. et al. (Orgs.). *Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: Cepesc; IMS/LAPPIS; Abrasco; 2007:137-54 .
58. Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e Equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Rio de Janeiro: Cad. Saúde pública. 2007;23(2):399-407.
59. Gonçalves CAV. Cotidiano de cuidados à pessoa com depressão na pós-modernidade: uma cartografia. [Tese]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009: 209 .

## Anexo A

### Aprovação do CEP



UNESP -FACULDADE DE  
MEDICINA DE BOTUCATU



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: O OLHAR DA FAMÍLIA ACERCA DA ASSISTÊNCIA RECEBIDA

**Pesquisador:** Raquel Cristina Coelho Varoli

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 53678116.6.0000.5411

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.476.702

##### Apresentação do Projeto:

Identifica-se que os familiares chegam ao serviço de saúde geralmente estressados, cansados, sem esperança e sem entender muito bem o que realmente está acontecendo com seu familiar. Desse modo, os familiares solicitam serem vistos como um grupo que necessita de apoio e orientação. Nessa perspectiva, justifica-se essa investigação pelas transformações da assistência psiquiátrica em curso, onde familiares são chamados a participar do processo de recuperação de pacientes, uma vez que são inseridos no cuidado diário com a volta dessas pessoas à vida social.

##### Objetivo da Pesquisa:

Compreender como os familiares veem o cuidado recebido no serviço de saúde mental.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De natureza qualitativa exploratória, escolhida por trabalhar com o universo dos significados, dos motivos e aspirações, das crenças, valores e atitudes. O estudo será no Hospital Dia de Saúde Mental da UNESP de Botucatu com os familiares dos pacientes que são atendidos no serviço de saúde mental e que frequentam a atividade de grupo de família que é realizado semanalmente neste local, e que apresentam condições de responder à entrevista. Serão 16 entrevistados, que serão a entrevista semi-estruturada e o procedimento projetivo. Na entrevista serão colhidos

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n

**Bairro:** Rubião Junior

**CEP:** 18.618-970

**UF:** SP **Município:** BOTUCATU

**Telefone:** (14)3880-1608

**E-mail:** capellup@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 1.476.702

dados de identificação como: idade, parentesco, escolaridade, profissão, número de pessoas que vivem na residência, qual a doença mental do familiar, ele/a frequentou outros serviços de saúde mental? A seguir, serão aplicadas as questões norteadoras baseadas no objeto desse estudo: 1) Fale um pouco como você vê a assistência recebida aqui neste local? 2) O que você acha que poderia melhorar na assistência prestada aqui? As entrevistas serão gravadas após permissão dos sujeitos e transcritas para serem posteriormente exploradas. Serão

entrevistas individuais, possibilitando uma relação empática entre pesquisador e entrevistados, permitindo a apreensão dos aspectos subjetivos dos familiares. No transcorrer da entrevista, após as respostas das duas questões iniciais, também será utilizada como técnica de coleta de dados o Procedimento apresentativo-expressivo. Esta técnica de coleta é utilizada por Vaisberg. Desse modo, o pesquisador apresenta uma proposta de diálogo que é respondida expressivamente pelo sujeito, possibilitando afastar a tendência do entrevistado responder ao entrevistador aquilo que

acredita ser mais correto ou socialmente aceito. Assim, a forma gráfica de expressão constitui-se num instrumento facilitador para a fluência dos

conteúdos internos, possibilita a espontaneidade, funcionando como elemento facilitador para a emergência de substratos afetivos, emocionais, além de ser também, instrumento de estímulo à comunicação.

**Critério de Inclusão:**

Os sujeitos da pesquisa serão os familiares dos pacientes que são atendidos no serviço definido como cenário do estudo, e que frequentam a atividade de grupo de família que é realizado semanalmente neste local e que aceitem participar da entrevista assinando o TCLE.

**Critério de Exclusão:**

Familiares que não queiram aceitar todos os itens do TCLE.

A pesquisa contém riscos, pois entramos em um assunto particular como o cuidado de um familiar com doença mental em tratamento e que move por sentimentos muitas vezes escondidos. Assuntos abordados como o cuidado e o conhecimento sobre essa prática pode levar a um sofrimento interno.

Benefícios: Os benefícios serão vários, onde identificaremos as lacunas de atendimentos aos

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608	E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.476.702

paciente e aos familiares que são parte primordial no atendimento e na continuidade do tratamento. Ajudando o projeto de volta para casa e retorno a sociedade com menos frustrações e sofrimentos a ambos.

Na fase de análise dos dados será utilizada a Análise de Conteúdo (Bardin, 2011) e nesta, a Análise Temática.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa está bem escrita e bem delimitada e certamente trará contribuições acadêmicas com a divulgação dos seus resultados. A pesquisa foi orçada em 800,00 reais e não há indicação de financiamento.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresentou todos os termos obrigatórios exigidos por este CEP/FMB, a saber, Termo de anuência do EAP/FMB; TCLE em linguagem clara e na forma de convite; Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovar sem a necessidade de envio à CONEP.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 04 de Abril de 2.016, sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP, no entanto, solicita aos pesquisadores que após a execução do projeto em questão, seja enviado para análise o respectivo "Relatório Final de Atividades", o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_622902.pdf	01/03/2016 14:40:35		Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1808

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.476.702

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocomite.docx	01/03/2016 14:40:13	Raquel Cristina Coelho Varoli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	01/03/2016 14:39:10	Raquel Cristina Coelho Varoli	Aceito
Outros	institucional.pdf	03/02/2016 13:16:36	Raquel Cristina Coelho Varoli	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/02/2016 13:14:20	Raquel Cristina Coelho Varoli	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BOTUCATU, 04 de Abril de 2016

---

**Assinado por:**  
**SILVANA ANDREA MOLINA LIMA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n

**Bairro:** Rubião Junior

**CEP:** 18.618-970

**UF:** SP

**Município:** BOTUCATU

**Telefone:** (14)3880-1608

**E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



## Anexo B

### Mudança de Título

**unesp**  UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
CAMPUS DE BOTUCATU

 FMB  
1973  
ARQUITETO

### MUDANÇA DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA

**Objetivo Acadêmico:**

Pós Doutorado  
 Tese Doutorado  
 Dissertação de Mestrado  
 Trabalho científico  
 Outros: Especificar

**Título Inicial:**

O cuidado em saúde mental: O olhar da família acerca da assistência recebida

**Título Final:**

**Saúde mental: O olhar da família acerca da assistência recebida no Hospital Dia**

**Data da reunião do CEP que aprovou o parecer inicial:** 04/04/2016

Declaro que o trabalho não sofreu alterações nos objetivos e/ou conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

  
PROFA. DRA. Maria Alice Ornellas Pereira  
Orientadora

  
Raquel Cristina Rossi Varoli  
Orientada

11-29-86-01-2017 8000000-0012 DE 150814-18 - UNESP

Faculdade de Medicina de Botucatu – Departamento de Pós-graduação  
Cidade de Botucatu, SP – CEP 13506-970 Botucatu, São Paulo, Brasil  
Tel. 55 14 2000 1176 - [opg@fmb.unesp.br](mailto:opg@fmb.unesp.br)

## **Apêndice 1 Roteiro da Entrevista**

Idade:

Parentesco:

Escolaridade:

Profissão:

Número de pessoas que vivem na residência:

Ele/a frequentou outros serviços de saúde mental?

- 1) Fale um pouco como você vê a assistência recebida aqui neste local?
- 2) O que você acha que poderia melhorar na assistência prestada aqui?

## **Apêndice 2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO, o Senhor (a) para participar do meu Projeto de Pesquisa intitulado “O cuidado em saúde mental: o olhar da família acerca da assistência recebida”, que será desenvolvido por mim Raquel Cristina Coelho Varoli, Enfermeira, com orientação da Professora Maria Alice Ornellas Pereira da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

Para a realização da pesquisa estamos entrevistando familiares de pacientes que recebem tratamento no Hospital Dia de Saúde Mental da UNESP Botucatu. Esta tem como objetivo compreender como os familiares veem o cuidado recebido no serviço de saúde mental.

Esta pesquisa poderá contribuir para a melhoria da assistência no Hospital Dia de Saúde Mental, trazendo benefícios a seus usuários e familiares. A pesquisa contém riscos, pois entramos em um assunto particular como o cuidado do familiar com doença mental em tratamento e que move por sentimentos muitas vezes escondidos. Assuntos abordados como o cuidado e o conhecimento sobre essa prática pode levar a um sofrimento interno.

A sua participação na pesquisa é voluntária. Você pode não concordar em participar da mesma, e deixar de participar do estudo a qualquer momento, antes, durante ou mesmo após a entrevista, sem nenhum prejuízo. Você poderá, se quiser, tomar conhecimento do andamento do trabalho ou de sua redação final entrando em contato com a entrevistadora.

A entrevista será com perguntas semi-estruturadas e gravada e, posteriormente transcrita para melhor análise dos dados com duração em média de 15 à 30 minutos. Os sons gravados não serão apresentados, e as gravações serão destruídas após transcrição.

Caso você concorde em participar da pesquisa às informações serão utilizadas para divulgação em âmbito científico, sendo garantido o sigilo e o anonimato de todos os participantes.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias de igual teor, o qual uma via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 11:30 e das 14:00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pesquisador

\_\_\_\_\_

Participante da Pesquisa

Raquel Cristina Coelho Varoli, rua João Ribeiro, 181, Vila Esperança-Botucatu-São Paulo, fone(14)996783667, email [raquel\\_varoli@hotmail.com](mailto:raquel_varoli@hotmail.com) ou Maria Alice Ornellas Pereira, no Departameto de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP-Campus Rubião Júnior S/N-Botucatu-São Paulo, fone (14)38116070 email:malice@fmb.unesp.br

